

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie (MADI)



Bc. Marie Zlesáková

Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (CREST) u pacientů s poruchami příjmu potravy a možnosti jejího terapeutického uplatnění v léčbě závislosti.

Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for eating disorders patients and its therapeutic use in the treatment of addiction.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25.4.2019

Jméno: Zlesáková Marie

Podpis:

Identifikační záznam:

ZLESKOVÁ, Marie. *Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (CREST) u pacientů s poruchami příjmu potravy a možnosti jejího terapeutického uplatnění v léčbě závislosti. [Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for eating disorders patients and its therapeutic use in the treatment of addiction].* Praha, 2019. 70 s, 5 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Vacek, Jaroslav.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení a příjemnou spolupráci.

Děkuji také kolektivu oddělení Centra pro léčbu poruch příjmu potravy VFN a 1. LF UK pod vedením Prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. za umožnění a podporu realizace výzkumu pro tuto práci. Poděkování patří také pacientkám, za jejich aktivní účast a zpětnou vazbu k účasti v programu CREST.

Poslední poděkování náleží rodině za podporu během studia.

Abstrakt:

Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (CREST) je metoda úspěšně uplatňovaná v léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy, která pomáhá zlepšit kognitivní a emoční deficity. Jelikož pacienti s poruchami příjmu potravy a závislostí na návykových látkách vykazují podobné neuropsychologické deficity a existuje u nich vysoká komorbidita obou poruch, můžeme o využití metody CREST uvažovat také v léčbě závislosti.

V teoretické části jsou zohledněny poznatky různých autorů k problematice poruch příjmu potravy, jejich komorbidním psychiatrickým onemocněním a mechanismům společným poruchám příjmu potravy a závislosti na návykových látkách. Popisují také neuropsychologické deficity vznikající v důsledku obou onemocnění, možnosti jejich rehabilitace a představují program CREST.

Cílem evaluačního výzkumu bylo vyhodnotit kvalitu implementace programu. Zaměřila jsem se na srovnání procesu, spokojenosti a prospěšnosti intervence u 4 pacientek s poruchami příjmu potravy a 8 pacientek se závislostní komorbiditou. Data jsem získala analýzou lékařské dokumentace, diagnostickým screeningem poruch spojených s užíváním návykových látek a zúčastněným pozorováním na 10 lekcích CRESTu. Důležitým zdrojem dat byly dotazníky zjišťující spokojenost a subjektivní prospěšnost, dále pak ohnisková skupina po skončení celého programu.

Výsledky ukázaly, že nácvik kognitivních a emočních dovedností ve skupinovém formátu je vhodnou a prospěšnou terapeutickou formou pro práci s pacienty s poruchami příjmu potravy a také pro pacienty s komorbiditou užívání návykových látek, je však třeba ho upravit na podmínky zařízení, cílovou skupinu a věnovat dostatečnou podpůrnou péči. Své využití mohou najít jednotlivé lekce v individuální terapii, skupinová forma v ambulantní, nebo komunitní léčbě závislosti.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, metoda, kognitivní remediace, trénink emočních dovedností.

Abstract:

Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) is a method successfully implemented in the treatment of eating disorders, that helps improve cognitive and emotional deficits. As patients with eating disorders and substance abuse have similar neuropsychological deficits and have also a high co-morbidity in both disorders, we can consider using CREST in the treatment of addiction.

The introduction part is based on views of various authors on the issue of eating disorders, their comorbid psychiatric diseases and mechanisms associated with eating disorders and substance addiction. Further I describe the neuropsychological deficits found in both diseases, the possibilities of their rehabilitation and finally I present the CREST program.

The aim of the research was to evaluate the quality of the program implementation. I focused on comparing the process, satisfaction and benefit of the intervention in 4 patients with eating disorders and 8 patients with substance addiction co-morbidity. Data were collected from the diagnostic screening of substance-related disorders, by analyzing medical documentation and participating observations in 10 CREST lessons. Key data source were also satisfaction and benefit questionnaires, and the focus group after the end of the program.

The results showed, that cognitive remediation and emotion skills training in a group format is a suitable and beneficial therapeutic form for working with patients with eating disorders as well as for patients with substance co-morbidity. Nevertheless, it should be adapted to the conditions of the establishment and the target group, provided by supportive care. Lessons can be used separately in the individual therapy, group form in outpatient or community treatment of addiction.

Key words: eating disorders, substance abuse, method, cognitive remediation, emotion skills training.

Obsah

| | |
|--|----|
| 1. Spektrum onemocnění poruch příjmu potravy | 9 |
| 1.1 Mentální anorexie..... | 9 |
| 1.2 Mentální bulimie | 10 |
| 1.3 Psychogenní přejídání..... | 11 |
| 1.4 Jiné formy poruch příjmu potravy | 12 |
| 2. Komorbidní psychiatrické diagnózy u poruch příjmu potravy | 12 |
| 2.1 Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách | 13 |
| 2.2 Mechanismy společné poruchám příjmu potravy a závislosti na návykových látkách | 15 |
| 3. Neuropsychologické deficity | 17 |
| 3.1 Neuropsychologické deficity u poruch příjmu potravy | 18 |
| 3.2 Neuropsychologické deficity v důsledku závislosti na návykových látkách | 20 |
| 3.3 Neuropsychologické deficity u pacientů s poruchami příjmu potravy a komorbiditou závislosti na návykových látkách..... | 22 |
| 4. Rehabilitace zaměřená na neuropsychologické deficity u psychiatrických onemocnění.23 | |
| 4.1 Trénink kognitivních funkcí | 24 |
| 4.2 Kognitivní remediace u poruch příjmu potravy..... | 26 |
| 4.3 Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností..... | 28 |
| 5. Metodika práce..... | 30 |
| 5.1 Metodologický rámec výzkumu..... | 31 |
| 5.1.1 Fáze přípravy a předvýzkumné šetření..... | 31 |
| 5.1.2 Výzkumná část..... | 32 |
| 5.2 Volba způsobu provedení evaluace..... | 35 |
| 5.3 Výzkumný cíl a výzkumné otázky | 36 |
| 5.4 Výzkumný soubor..... | 36 |
| 5.4.1 Výzkumný soubor z hlediska užívání návykových látek..... | 38 |
| 5.5 Metody získávání dat | 38 |
| 5.5.1 Zúčastněná pozorování..... | 39 |
| 5.5.2 Dotazníková šetření spokojenosti pacientek..... | 40 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.5.3 | Ohnisková skupina | 40 |
| 5.6 | Analýza a interpretace dat | 41 |
| 5.7 | Limity výzkumu | 42 |
| 5.8 | Etické aspekty výzkumu | 43 |
| 6. | Výsledky evaluace | 43 |
| 6.1 | Srovnání průběhu programu CREST u pacientek s poruchami příjmu potravy a pacientkami se závislostní komorbiditou | 44 |
| 6.1.1 | Myšlení | 44 |
| 6.1.2 | Prožívání | 45 |
| 6.1.3 | Chování | 45 |
| 6.2 | Implementace programu z pohledu pacientek | 47 |
| 6.2.1 | Vyhodnocení průběžných dotazníků spokojenosti | 47 |
| 6.2.2 | Vyhodnocení závěrečných dotazníků | 50 |
| 6.2.3 | Faktory ovlivňující realizaci z pohledu pacientek | 53 |
| 6.3 | Souhrn výsledků | 54 |
| 7. | Diskuze | 55 |
| 7.1 | Výsledky výzkumu a jeho limity | 55 |
| 7.2 | Interpretace a srovnání výsledků s již proběhlými výzkumy | 56 |
| 8. | Závěr | 57 |
| 8.1 | Zhodnocení výzkumu | 57 |
| 8.2 | Aplikace výsledků do praxe a doporučení pro další práci | 58 |
| 8.3 | Návrh na další výzkumy | 58 |
| 9. | Literatura | 59 |
| 10. | Přílohy | 64 |

1. Spektrum onemocnění poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou zdraví a v mnoha případech i život ohrožující onemocnění s častou psychiatrickou komorbiditou, doprovázené poruchami kognitivních funkcí a emocionality. V poslední verzi Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 je spektru poruch příjmu potravy vymezena kapitola F50 a spadá pod kapitolu syndromy poruch chování spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Zahrnuje vymezené formy patologického jídelního chování od mentální anorexie a mentální bulimie až po psychogenní přejídání, které je spojené s nadváhou a obezitou. S variabilitou onemocnění se setkáváme i v anamnézách pacientů, má svůj podíl na komplikované léčbě s častými relapsy a nepříznivé prognóze plného uzdravení (Stárková, 2005).

Poruchy příjmu potravy jsou po astmatu a obezitě třetím nejčastěji se vyskytujícím zdravotním problémem dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 2005). Podle Stárkové (2005) je ženské pohlaví jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů, poruchami příjmu potravy trpí až 4 % dívek v adolescentním věku. Papežová (2018) uvádí celoživotní prevalenci mentální anorexie v západní Evropě a USA v rozmezí 0,5-2,2% u žen, muži tvoří 10-15% případů. Výsledky u mentální bulimie se pohybují mezi 1,1 – 3% u žen, muži tvoří přibližně 8 - 10% nemocných.

1.1 Mentální anorexie

Hlavním rysem pro mentální anorexii (F50.0) je udržování velmi nízké tělesné hmotnosti restrikcí jídelního režimu, zvracením nebo jinými způsoby snižování váhy, pro mentální bulimii (F50.2) je typické přejídání s kompenzačním chováním (Papežová, 2018). Obě poruchy mají více společného, než by se na první pohled zdálo. Strach z tloušťky, nadměrnou pozornost věnovanou jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo chuť se přejíst. Velmi často je doprovází nízké sebevědomí, sociální izolace, interpersonální problémy a závažné somatické obtíže. Zásadní rozdíl bývá v tělesné hmotnosti.

Pro mentální anorexii je typické odmítání nebo neschopnost udržet zdravou, normální váhu. Nemocné děsí představa nárůstu váhy a cítí se obézní, i když mají podváhu. Mají zkreslené představy o proporcích svého těla a vtíravé myšlenky na udržení podváhy (Tomanová, 2015). Podle diagnostických kritérií MKN-10 je tělesná váha

udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou vyjádřenou Queteletovým indexem hmoty těla, tzv. BMI – body mass indexem. Jedním z typických projevů je úmyslné snižování a udržování nízké váhy omezováním jídla, a ne vždy je provázeno ztrátou chuti k jídlu. Onemocnění bývá u žen doprovázeno amenoreou, ztrátou menstruace. Toto kritérium nebývá v některých případech vzhledem k užívání substituční hormonální terapie nenaplněno (Papežová, 2018).

Diagnostický a statistický manuál duševních onemocnění, Americké psychiatrické asociace (dále jen DSM - 5), rozlišuje mentální anorexii podle způsobu snižování váhy na tzv. restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický) typ. V prvním případě se jedná o omezování a vyhýbání se některým druhům potravin. Pokud je doprovázena zvracením, nebo jinými způsoby snižování váhy jako jsou odvodňující, projímavé prášky nebo jiné dietní přípravky, mluvíme o purgativní formě anorexie.

Podle Krcha (2005) mívají tyto pacientky s purgativní formou anorexie odlišnou osobnostní strukturu, než tomu bývá u restriktivní formy. Výraznější jsou poruchy nálad, sebepoškozování, závislost na návykových látkách, častější relapsy a dlouhodobější průběh onemocnění. Zhruba polovina pacientů kombinuje omezení příjmu potravy s nadměrným, nepřiměřeným cvičením (Papežová, 2010).

Nadměrný zájem o dokonalé tělo, tělesné proporce abnormální jídelní návyky a excesivní cvičení spojené se zneužíváním steroidních hormonů se u mužů nazývá bigorexie. Podle Papežové (2018) je onemocnění mužskou variantou mentální anorexie, provázenou obsedantními myšlenkami na vlastní svalstvo, která se popisuje někdy také jako Adonisův syndrom.

1.2 Mentální bulimie

Rozdíl mezi anorexií a bulimií, která se projevuje přejídáním střídaným hladověním a zvracením, nemusí být vždy zřejmý, zvláště při dlouhodobém průběhu. Mentální bulimie začíná později a v mnoha případech se vyvíjí z mentální anorexie (Papežová, 2018). Hladovění přináší nedostatek energie a některých základních živin. Silná a nepotlačitelná touha se přejíst, která je jedním z diagnostických kritérií mentální bulimie, může být pak odezvou obživného pudu na přirozenou potřebu nasycení.

Podle Krcha (2005) je u mentální bulimie charakteristické neustálé zabývání se jídlem, nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti a opakované epizody přejídání nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců, při nichž jsou během krátké doby konzumovány veliké dávky jídla. Pokud se snaha potlačit kalorický účinek jídla projevuje vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, diuretik nebo jinými dietními preparáty, jedná se o purgativní typ mentální bulimie. V případě diet, hladovění a excesivního cvičení mluvíme pak o nepurgativní, restriktivní formě mentální bulimie (Krch, 2005).

Klasifikace myslí také na projevy narušeného jídelního chování, u kterých chybí jeden nebo více klíčových rysů a nazývá je atypickou mentální anorexií (F50.1) nebo bulimií (F50.3). U anorexie není například přítomna ztráta menstruace, u purgativní formy mentální bulimie nejsou markantní výkyvy na váze nebo mohou být nepřítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla (Papežová, 2018). V praxi se setkáváme s častým popíráním nebo utajováním těchto symptomů. Pacientky tvrdí, že se necítí tlusté a nechtějí hubnout. Za argumentem se skrývá především chybějící náhled na závažnost onemocnění a motivace ke změně.

Typická nebo atypická forma mentální anorexie může přecházet v mentální bulimii, nebo psychogenní přejídání, a naopak. Odborníci zabývající se problematikou poruch příjmu potravy navrhovali jednotlivé diagnózy nedělit, neboť studie i klinická praxe ukazuje, že jednotlivé diagnózy ze spektra poruch příjmu potravy mezi sebou přechází (Papežová, 2018).

1.3 Psychogenní přejídání

V souvislosti s narůstající prevalencí nadváhy a obezity v populaci, se pozornost věnuje záchvatovitému přejídání. Pro přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4) jsou typické záchvaty přejídání nejméně 2 dny v týdnu v období nejméně 6 měsíců bez kompenzačních mechanismů, pocity ztráty kontroly a bažení po jídle podobné touze po drogách. Záchvat přejedení je vymezen jako rychlejší konzumace takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala, přes pocit sytosti, do nepříjemného pocitu přeplnění až bolesti (Papežová, 2018). Záchvatovité nebo-li psychogenní přejídání je často spojeno s obezitou či nadváhou.

Podobně jako drogové závislosti je spojováno se syndromem narušení závislosti na odměně (Papežová in Kabíček, 2014).

Psychogenní zvracení jako reakce na stres nebo hypochondrická porucha spadá pod zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5). Do kategorie jiných poruch příjmu potravy (F.50.8) patří psychogenní ztráta chuti k jídlu, požívání nejedlých materiálů, nebo syndrom nočního přejídání, pro který je typická večerní anorexie, nespavost a noční přejídání.

1.4 Jiné formy poruch příjmu potravy

Většina populace, ale i odborníků, rozumí pod pojmem poruch příjmu potravy přejídání, hladovění, zvracení, nezdravé hubnutí, nebo zneužívání nejrůznějších léků. Se stále se zvyšující incidencí poruch příjmu potravy se objevují méně známé formy poruch příjmu potravy jako je drunkorexie, snižování příjmu potravy na úkor konzumace alkoholu nebo ortorexie, patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě (Papežová, 2018). Na začátku bývá snaha o řešení zdravotních problémů a nadváhy. Postižení vyhledávají potraviny, které nejsou průmyslově ani velkovýrobně zpracovány, neobsahují umělá barviva, látky upravující aroma, látky prodlužující trvanlivost, stopy pesticidů, hnojiv a dalších přidaných látek. Podle Tomanové (2015), je pak snadné sklouznout k vynechání některých skupin potravin, chorobnému strachu z obsahu chemických látek ve stravě, nebo ulpívavému zabývání se zdravými potravinami.

2. Komorbidní psychiatrické diagnózy u poruch příjmu potravy

Problematika komorbidity je důležitým tématem psychiatrických onemocnění, velmi často se objevuje také u poruch příjmu potravy. Psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Včasné rozpoznání a diagnostika poruch je klíčové pro nastavení vhodného léčebného plánu (Miovská, Miovský, & Kalina, 2008). Jak autoři uvádí, při špatně určené etiologii onemocnění může dojít k zastavení léčebného procesu, v horším případě neúspěchu v léčbě a poškození pacienta. Pro diagnostiku je také důležité si uvědomit, že přítomnost komorbidní poruchy může změnit klinický obraz poruchy příjmu potravy. Souběžný výskyt dvou a více diagnóz u jedné osoby komplikují vývoj onemocnění,

léčbu je nutné individualizovat a kombinovat s dalšími léčebnými přístupy (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003).

Papežová (2018) popisuje 17-69% výskyt komorbidity poruch příjmu potravy s psychiatrickými diagnózami (ADHD, autismus, poruchy osobnosti, afektivní a úzkostné poruchy, závislost na alkoholu), která negativně ovlivňuje průběh i prognózu onemocnění. Nejčastější je výskyt poruch osobnosti a duševních onemocnění s úzkostnou symptomatikou (69%), které onemocnění předchází, nebo se projeví během postupné stabilizace jídelního režimu (Papežová, 2018).

Také Krch (2005) uvádí, že nutkavé myšlenky na přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem popisují pacienti s depresivní, manickou a obsedantní symptomatikou v důsledku negativních emočních stavů. V situacích, kdy své pocity utěšují jídlem, původně neutrální podnět se spojuje s neadekvátním nábojem a kompulzivním chováním. Podle kognitivně behaviorální přístupu můžeme pak poruchy příjmu potravy chápat jako běžně podmiňovaný zlozvyk. Také hubnutí a nejezení přináší pozitivní zpětnou vazbu, která vytváří reflex „hubnutí přináší uznání“ a upevňuje takové chování.

Posttraumatickou stresovou poruchou, která se vyskytuje ve 12-45% jedinců s poruchami příjmu potravy, popisuje Papežová (2018) jako egosyntonní řešení redukce úzkosti bolestného prožívání v důsledku stresových či traumatizujících situací. Jeho základem bývá kompulzivní chování, kde primární je redukce úzkosti či jiných bolestivých afektů. Takové chování přináší úlevu, nelze je považovat za potěšení, jak tomu je alespoň v počáteční fázi u závislostního chování.

Až 22% souběh závislost na návykových látkách se podle Papežové (2018) vyskytuje u pacientů s poruchami příjmu potravy.

2.1 Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách

Mechanismus příčinného vztahu mezi psychiatrickým onemocněním a závislosti na návykových látkách zůstává stále předmětem zkoumání. Ukazuje se, že výskyt duševních problémů může zvyšovat současně také možnost problémů s návykovými látkami, stejně tak závislost může zvyšovat riziko duševních onemocnění (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003).

Závislosti a související poruchy jsou diagnostickou kategorií značenou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (kódy F10 až F19). Syndromem závislosti na návykových látkách rozumíme chronický alkoholismus, dipsomanie, toxikomanie, které se vyskytují po opakovaném užívání a zahrnují následující projevy: silné přání užít drogu, potíže v kontrole užívání látky, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav (Kalina, 2015). Také u závislých osob se vyskytují často souběžné psychiatrické diagnózy. Ve 40-50% se jedná o poruchy osobnosti jako např. antisociální, hraniční, histriónská, narcistická, vyhýbavá, nejistá a závislá. Některé studie zaměřené na problematiku komorbidit udávají dokonce až 90% (Kalina, 2015). Až u 35% pacientů je diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha.

Miovská a kol. (2008) uvádí 15% výskyt anorexie a bulimie u drogově závislých klientů. V praxi se setkáváme především s mentální bulimií a kombinací abúzu alkoholu, nebo užívání pervitinu pro účinek snižující chuť k jídlu. U bulimických pacientek je zneužívání a závislost na návykových látkách více časté a patrné. Krch cituje Lilienfeldovou a Kaye (1996) a uvádí, že výskyt některé z forem poruch příjmu potravy u alkoholiček se pohybuje od 15 do 32%. Pokud jde o prioritu terapie, převládá názor, že drogová nebo alkoholová závislost má být léčena přednostně (Krch, 2005).

Papežová (2010) uvádí 30 - 37 % výskyt závislostního chování u pacientek s mentální bulimií a to převážně jako následek poruchy příjmu potravy. Pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je u nich až 7 x vyšší než u pacientek s mentální anorexií. *„Závislost na alkoholu i drogách může poruše příjmu potravy předcházet, vznikat při jejím léčení nebo existovat současně. Vznikne často ze snahy řešit alkoholem a drogami zvýšenou chuť k jídlu, jídlo nahradit drogou pro získání lepší kontroly nad jídlom nebo snášet lépe restrikcii jídla“* (Papežová, 2012, s. 35).

Pacientky často uvádějí, že užívání návykových látek pomáhá v potlačení problémů s poruchami příjmu potravy. Ty pak opět vystupují do popředí po několika týdnech abstinence (Kalina, 2015). Může jít o odstranění pocitu hladu například pomocí

stimulancí, nebo odstranění strachu z jídla. Pacientky s mentální anorexií někdy nahrazují alkoholem jídlo, konzumují ho na lačno, jako rychlý zdroj energie.

Bollinger a kol. (2003) ve zprávě s názvem Jídlo k zamyšlení: Zneužívání návykových látek a poruchy příjmu potravy uvádí, že středoškolské dívky, které drží dietu více jak jeden den v týdnu, mají téměř 4x větší pravděpodobnost, že se stanou kuřačkami nebo budou užívat inhalanty a kokain. Po alkoholu, amfetaminech, kokainu, heroinu a benzodiazepinech, je u pacientů s poruchami příjmu potravy velmi častá závislost na kofeinu, nikotinu, diuretikách a laxativech. Látky užívají jako sebemedikaci negativních emočních stavů a nutkavých myšlenek spojených s vnímáním vlastního těla, ke snížení chuti k jídlu nebo urychlení metabolismu.

2.2 Mechanismy společné poruchám příjmu potravy a závislosti na návykových látkách

Pojem závislosti je spojován s fyziologickými procesy vyvolanými užíváním nějaké psychoaktivní látky. Odborníci vedle této fyzické závislosti rozlišují také psychickou, nelátkovou, nebo-li behaviorální závislost, která je charakterizována prvky závislostního chování ve vztahu k určitým aktivitám. Vacek a Vondráčková (2014) citují šest diagnostických kritérií takového závislostního chování podle Griffithse (2006): 1. změna nálady v důsledku zahájení určité aktivity, která má charakter zvládací strategie, 2. význačnost (určitá aktivita se stává nejdůležitější aktivitou a dominuje v myšlení, pocitech a chování), 3. relaps, 4. interpersonální nebo intrapersonální konflikt, 5. tolerance a 6. abstinenční příznaky.

Znaky takového chování souvisejícího s příjmem potravy můžeme sledovat především u mentální bulimie a psychogenního přejídání, které přináší okamžité uspokojení. Takové chování má tendenci být opakováno a z dlouhodobého hlediska se stává návykem (Vacek a Vondráčková, 2014). Pacienti popisují silnou touhu po konzumaci potravin a mluví o závislosti na jídle. Stejně jako návykové látky je pak jídlo používáno ke kontrole emocí a regulaci negativních emočních stavů. Podle Krcha (2005) je ztráta kontroly nad impulzivním chováním mechanismem společným mentální bulimii i závislosti na alkoholu.

Charakter zvládací strategie má ale i hladovění u pacientů s mentální anorexií, které tak redukuje převážně negativní emoce jako je stud, hněv, pocit viny a strach.

Restriktivní formu mentální anorexie podle Papežové (2018) navíc doprovází zvýšená sebekontrola a vysoká hladina serotoninu, která má stejně jako některé návykové látky zklidňující a tlumivý účinek. Zvýšená serotonergní aktivita může vyvolávat pocit sytosti, podílí se na úzkostných obsedantních, perfekcionalistických a vyhýbavých osobnostních rysech, které jsou častou komorbiditou obou poruch.

Jak ukazují výsledky studie Hudsona (2007), zneužívá 50% jedinců s poruchami příjmu potravy současně alkohol nebo návykové látky a 35 % uživatelů psychoaktivních látek nebo alkoholiků má také poruchy příjmu potravy. Popisují podobné mechanismy účinku a vyplavování endogenních opioidů v důsledku konzumace vysoce kalorických potravin jako u užívání alkoholu a používají pojem závislosti na jídle (food addiction).

Také Papežová (2010) poukazuje na genetické studie o roli opioidních receptorů v etiologii poruch příjmu potravy. *“Endokanabionoidní systém je důležitý pro energetickou rovnováhu a tělesnou hmotnost. Podporuje také reward system. Bylo prokázáno, že vede k uvolnění několika hypotalamických anorexigenních i orexigenních látek, dopaminu v nucleus accumbens a adipokinu z tukové tkáně. Fyziologická odpověď se může změnit v patologickou, např. zvýšenou konzumací jídla s vysokým obsahem tuku nebo vlivem závislosti. Antagonista CB1 rimonabant byl zkoušen v léčbě závislosti a obesity“* (Papežová, 2010, s. 119). Lidé postižení tímto deficitem se odměňují jídlem, preferují snadné a rychlé zisky a může u nich vzniknout závislost na odměně.

Podle Krcha (2005) mají mechanismy poruch příjmu potravy a závislosti na psychoaktivních látkách společnou predispozici k impulzivě, oslabení kontroly a nutkavosti. Obě onemocnění nadměrné zaujetí jídlem nebo návykovou látkou, které je nástrojem kontroly emocí a strategií zvládnání stresů. Narušené je také fungování jedince v jeho sociálních rolích, má tendence manipulovat a podvádět s danou substancí.

Chládková a Miovský (2017) píší o analogické etiologii poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Vedle genetických a osobních dispozic uvádí dysfunkční rodinu, vliv prostředí, podobnost v neurofyzilogii i spouštěčích jako stresovém faktoru. Společná

je také psychoanalytická teorie poruchy vývoje jedince, tzv. ustrnutí v orálním stádiu a funkce symptomu jako náhradního řešení.

Zahraniční výzkumy přináší důkazy, že poruchy příjmu potravy a závislost na návykových látkách vykazují analogickou etiologii a mohou být řízeny stejnými mechanismy. Také klinická praxe potvrzuje vysoký výskyt souběhu obou psychiatrických diagnóz. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí ponechává poruchy příjmu potravy v kapitole F50 a také kapitola F10 Duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek zůstávají i nadále samostatným okruhem. Jelikož výsledný efekt léčby duševního onemocnění záleží na včasné diagnostice všech souběžných poruch a individualizovaném léčebném plánu, může rozšíření pohledu na poruchy příjmu potravy jako na chování vykazující znaky závislosti pomoci s včasnou diagnózou, lépe porozumět mechanismům udržujícím onemocnění a zvolit vhodné terapeutické intervence.

3. Neuropsychologické deficity

Kognitivní neboli poznávací procesy jsou základní funkce našeho mozku, jejichž prostřednictvím poznáváme okolní svět, jednáme, reagujeme, zvládáme různé úlohy a vstupujeme do interakcí s ostatními lidmi. Zahrnují pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, řečové funkce, myšlení a schopnost pochopení informací. Schopnost posuzování a rozhodování, řešení problémů, plánování a organizování se nazývá tzv. exekutivní složka (Klucká & Volfová, 2016).

Popsat anatomii mozku a neurobiologii narušení kognitivních funkcí, by svým rozsahem přesáhlo zvolené téma této práce. Pro účely rehabilitace neuropsychologických deficitů si připomeňme, že schopnost pozornosti má na starosti retikulární formace mozkového kmene. Spánkový lalok asistuje při ukládání informací do paměti a pomáhá interpretovat smyslové podněty sluchu, chuti a čichu. Temenní lalok je centrem pro percepci (vnímání) a týlní laloky zpracovávají vizuální podněty. Frontální čelní laloky mozkové kůry řídí emoce, osobnost, regulaci chování a exekutivní funkce. Na tvorbě řeči, zpracování informací a motorické paměti se podílí také mozeček. Paměťové procesy významnou měrou ovlivňuje také limbický systém, který souvisí zejména s prožíváním a vyjadřováním emocí (Malia & Brannagan, 2005).

K neuropsychologickým poškozením dochází po traumatu, nebo nemoci, která ovlivňuje mozek. Mohou to být úrazy, onemocnění CNS, dlouhodobé zneužívání návykových látek, nebo některá psychiatrická onemocnění. Klucká a Volfová (2016) popisuje změny, které jsou vyvolány poškozením buněk a chemií v mozku. *„V první řadě dochází ke zhoršení paměti, reakce jsou méně pružné, zhoršuje se schopnost plánování a řešení úkolů je obtížnější. Slovník je chudší, méně pružný a oslabují se vyjadřovací schopnosti. To vše zvyšuje obavu z neúspěchu a z odmítnutí druhými lidmi. Snižuje se důvěra ve vlastní schopnosti a klesá sebehodnocení. Nízká sebedůvěra a nízké sebehodnocení často vedou ke zbytečné pasivitě a depresivnímu ladění. Pasivita a depresivní ladění dále prohlubují počáteční kognitivní potíže. Zde se kruh kognitivního oslabování uzavírá“* (Klucká & Volfová, 2016, s.11).

Papežová (2018) uvádí, že kognitivní dysfunkce předcházejí vzniku většin psychiatrických diagnóz. Jedná se o situační, přechodné nebo trvalé postižení poznávacích funkcí např. výpadky paměti, pozornosti, adekvátního zpracovávání nových informací, nebo celkové poznávací aktivity.

3.1 Neuropsychologické deficity u poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou zdraví a v mnoha případech i život ohrožující onemocnění, které má pro svůj chronický průběh dopad na sociální fungování jedince ve společnosti. Nadměrné zabývání se svým vzhledem, kontrola jídelních návyků a hmotnosti zahlučuje jejich myšlení, ovlivňuje chování a prožívání. Pravidelné vážení v nich vyvolává myšlenky a pocity, které je dokážou pronásledovat celý den. Cítí se spokojeni, sebevědomě nebo smutně až depresivně. Číslo na váze dokáže ovlivnit i jejich pracovní výkon a osobní vztahy (Middleton, 2010).

„Lidé s poruchami příjmu potravy se naučí negativní myšlenky rozptylovat zvýšeným zaujetím a manipulací s jídlem. To vede i k fyziologickým změnám kognitivních funkcí a interocepce (vnímání hladu, sytosti a emocí). Jídlo je spojené se snížením arousalu a celkové intenzity emočních stavů“ (Papežová, 2018, s. 79). Autorka cituje výzkumy zaměřené na neurobiologii poruch příjmu potravy Uhera a Treasure (2005) a uvádí, že většina případů s typickými poruchami jídelního chování vykazovala poškození čelního a spánkového laloku.

Zůstává také otázkou, nakolik jsou některé deficity osobnostní charakteristikou a nakolik vznikají v důsledku chronického vývoje psychiatrického onemocnění. „*Poruchy koncentrace, pozornosti a psychomotorického tempa mohou být důsledkem hladovění a malnutricie, zatímco jiné (flexibilita rozhodování, exekutivní funkce) mohou představovat predisponující rys (trait-marker)*“ (Papežová, 2018, s. 80). Se stabilizací jídelního režimu a nárůstem váhy se poruchy pozornosti většinou upraví, ale narušená vizuální, prostorová orientace a snížená percepční flexibilita může přetrvávat.

Podle Papežové (2010) i krátkodobé hladovění u žen s nepřiměřeným kalorickým příjmem nebo restrikcemi ve skladbě potravy způsobuje psychomotorické zpomalení, horší úroveň bdělosti a sníženou pozornost. Poukazuje na výsledky neuropsychologických testů Hamshera a kol. (1981), které popsali u pacientek s akutní mentální anorexií zpomalený reakční čas, zhoršení v mentálně aritmetickém testu, krátkodobé vizuální paměti a výbavnosti dlouhodobé paměti.

Pozdější výzkumy poukazují na poškození komplexnějších kognitivních funkcí u pacientek s poruchami příjmu potravy. Jedná se především o slabou centrální koherenci, prostorovou paměť, a sníženou schopnost kognitivní flexibility tzv. set-shiftingu. Snížená flexibilita je spojena s rigidními postoji a maladaptivními strategiemi chování v každodenních činnostech, kdy se jedinci nedokáží věnovat různým úlohám současně. Vedle rigidity myšlení popisuje Tchanturia (2006) tendence k vyhýbavosti a perfekcionalismu. Slabá centrální koherence se projevuje nadprůměrnou pozorností věnovanou detailům, převažujícím logicko-analytickým přístupem, obtížemi získávat stručné informace a vidět větší celky. S přílišným zaměřením na detail mají jedinci například tendenci vnímat své tělo zkresleněji, než ve skutečnosti je. Dále to jsou poruchy rozhodování, kdy pacientky upřednostňují okamžitou odměnu na úkor plnění dlouhodobého cíle. Ukazuje se také, že kognitivní deficity se zvýrazňují společně s úbytkem na váze (Papežová, 2018).

Aloi a kol. (2015) porovnávaly kognitivní deficity pacientů s mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním. U první skupiny pozorovali především silnou kognitivní rigiditu a centrální koherenci, která se projevovala kategorizací jídla na dobré nebo špatné, kalkulací kalorických hodnot potravin, kontrolou tělesné hmotnosti a ritualizovaným cvičením. Pacientky s diagnózou záchvatovitého přejídání charakterizovala nedostatečná pozornost, impulsivita a obtíže v přizpůsobení se

změnám v nové situaci. Pacienti s kognitivní impulsivitou se častěji ocitají v obtížných situacích, protože jejich schopnost rozhodování je ovlivňována potřebou okamžité odměny.

Základní charakteristikou poruch příjmu potravy je porucha vnímání vlastního těla, která souvisí také s chybným zpracováním podnětů týkajících se vlastních fyziologických potřeb, poruchou rozpoznávání, vyjadřování a identifikací vlastních emocí i emocí ostatních lidí. Vedle kognitivních funkcí jsou stále častěji u pacientů s mentální anorexií popisovány deficity emoční regulace (Papežová, 2018).

Tchanturia (2015) uvádí v souvislosti s onemocněním poruch příjmu potravy anhedonii, sníženou schopnost prožívat kladné emoce a potěšení v navazování sociálních kontaktů, a alexithymii, poruchu identifikace a schopnosti popisu vlastních emocí. Během hospitalizace mívají pacienti tendenci se izolovat a vyhýbat komunikaci s jinými pacienty.

S redukcí hmotnosti ubývá podle Papežové (2018) psychických pocitů, a v důsledku hladovění se snižuje hladina tryptofanu – prekursoru serotoninu, která vede k negativní emocionalitě. Kontrola nad úbytkem váhy je vnímána pozitivně. Díky dopaminu a serotoninu se tak upevňuje kladný postoj k průběhu onemocnění. Autorka v této souvislosti popisuje somatoformní disociaci, kterou vysvětluje jako psychogenní ztrátu smyslového vnímání a neschopnost bolesti. Porucha je v posledních letech doprovázena výskytem sebepoškozujícího a sebevražedného jednání (Papežová, 2018).

Davies, Schmidt, Stahl a Tchanturia (2010) zkoumali, jak lidé reagují na neutrální, pozitivní a negativní emoce. Lidé s poruchami příjmu potravy reagovali podobně na neutrální film jako kontrolní skupina. Při shlédnutí pozitivního obsahu však projevovali méně emocionální výrazy obličeje a při negativních scénách měli tendenci se nedívat.

3.2 Neuropsychologické deficity v důsledku závislosti na návykových látkách

Dlouhodobé užívání většiny návykových látek je spojeno s podobnými kognitivními deficity včetně zasažení exekutivních funkcí jako u poruch příjmu potravy. I v tomto případě platí, že případný kognitivní deficit nemůžeme přímo přisuzovat jen vlivu užívané látky. Dalšími faktory podílejícími se na změnách fungování mozku jsou

vzorci užívání, kombinace s jinými látkami či celkový životní styl uživatele často spojený s destruktivní životosprávou či jinými rizikovými činnostmi (Miovský, 2006).

Nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu může vést k poškození mozku. Nejvíce zmenšena a zasažena bývá čelní oblast mozku. U některých konzumentů vzniká mírný kognitivní deficit, u jiných jsou neuropsychologické dopady závažnější. Petrakis, Gonzales, Rosenheck a Krystal (2002) zjistili, že záleží na množství konzumovaného alkoholu, věku, ve kterém člověk začal pít, na době trvání pití, ale také na individuální toleranci jednotlivce. Klinické studie zkoumající kognitivní deficity u alkoholových závislostí upozorňují, že některé deficity během období abstinence vymizí, jiné naopak přetrvávají (Foisy et al., 2007).

V extrémních případech však hrozí i velmi závažná poškození, způsobující např. demenci či Wernicke-Korsakoffův syndrom, kdy pacient není schopen uchovat žádnou novou informaci déle než pár vteřin (Kalina, 2015). Zasaženy bývají také exekutivní funkce, které nám pomáhají udržovat vnitřní impulzy pod kontrolou a plánovat naše jednání. Alkoholici mívají potíže s prostorovou orientací, zhoršenou krátkodobou pamětí, schopnost učit se novým věcem, ale dochází také ke zhoršení vyšších kognitivních funkcí jako je abstraktní myšlení, schopnost plánovat a organizovat, obtížná seberegulace a impulsivita (Pearson, 1998).

Zemánková (2012) cituje výsledky studií Philippota a kol. (1999), Townshenda a Duka (2003), potvrzující tendenci alkoholiků k zesílené podezíravosti až paranoie. Výzkumy upozorňují na tendence závislých jedinců na alkoholu chybně interpretovat a nadhodnocovat intenzitu emocionálního výrazu u všech druhů emocí. Například znechucení vnímali jako vztek a opovržení, přítomnost strachu ve tvářích chybně popisovali tam, kde strach ve výrazu chyběl. Pokud odečítají z výrazů druhých nesprávně strach, je pro ně velmi obtížné s někým vybudovat důvěrný vztah. Zkreslené vnímání emocí může pak omezit schopnost vhodně reagovat, v některých situacích vyvolat přehnanou reakci a zvyšovat riziko sociálního konfliktu (Zemánková, 2012).

Podle Miovského (2006) jednorázové užití psychostimulancií (amfetaminy, kokain, nikotin, kofein) zvyšuje krátkodobě výkon kognitivních funkcí, snižuje únavu a kapacitu pracovní paměti. Dlouhodobé užívání má za následek anhedonii, poruchy motivace a pozornosti, impulzivitu a podrážděnost. Poruchy koncentrace, pozornosti, inhibice

irelevantních informací, rozhodování, krátkodobá paměť a deficity v motorických úlohách přetrvávají dlouhodobě u bývalých uživatelů stimulancií. U marihuany přetrvává zhoršení kognitivních funkcí několik týdnů po konci užívání, ale je reverzibilní. Postižena bývá krátkodobá paměť, pozornost, schopnost učit se, reakční čas, koordinace a motorika. Užívání heroinu narušuje pozornost, prostorovou orientaci a paměť, exekutivní funkce a verbální fluence. Změny vědomí až amnézie může být v důsledku užívání halucinogenů, závažné poškození mozku pak následkem organických rozpouštědel. Dle dostupných studií byla alexithymie identifikována u 45–67% jedinců se syndromem závislosti (Miovský, 2006).

Neuropsychologická narušení popisuje také Štastná (2014) u dlouhodobých uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Jsou to deficity ve znovu vybavení si sluchových podnětů, v percepčně-motorickém tempu, v pozornosti, ale také v abstraktním myšlení a v mentální flexibilitě.

3.3 Neuropsychologické deficity u pacientů s poruchami příjmu potravy a komorbiditou závislosti na návykových látkách

Při analýze odborných zdrojů k problematice poruch příjmu potravy a komorbiditě závislosti na návykových látkách jsem se seznámila s výzkumy zabývajícími se prevalencí výskytu, mechanismy společnými oběma onemocněním, nebo léčebnými strategiemi. Jiné se snaží odhalit, zda má užívání návykových látek větší spojitost s anorektickým nebo bulimickým chováním. Nenalezla jsem studie, které by specificky zkoumaly neuropsychologické deficity pacientů s poruchami příjmu potravy a závislostní komorbiditou. Téma přináší řadu otázek, které mohou být námětem pro další výzkumy.

Následující text této kapitoly je syntézou dosavadních poznatků teoretické části. Připomeňme si, že v klinické praxi se u pacientek s poruchami příjmu potravy setkáváme nejčastěji s kombinací abúzu alkoholu, nebo užívání pervitinu pro účinek snižující chuť k jídlu (Krch, 2005). Komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách léčbu komplikuje a prognózu zhoršuje. Chronický průběh onemocnění pak kognitivní a emoční deficity prohlubuje. Petrakis a kol. (2002) ve výzkumu zaměřeném na komorbiditu alkoholismu uvádí, že souběh psychiatrických onemocnění má zesilující účinek na změny mozku a chování.

U poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách jsou shodně popisovány kognitivní deficity jako zhoršená pozornost a krátkodobá paměť, snížená schopnost učit se novým věcem, rigidita v řešení problémů, udržování maladaptivních postojů a vzorců chování. Dochází také ke zhoršení vyšších kognitivních funkcí jako je abstraktní myšlení, schopnost plánovat a organizovat, deficity se projevují také zkresleným vnímáním emocí, obtížnou seberegulací a impulsivitou. Míra kognitivního deficitu záleží nejen na délce a souběhu psychiatrických onemocnění, v případě užívání návykových látek také na druhu a množství drogy. Zvýraznění neuropsychologických poškození můžeme pozorovat společně s úbytkem na váze (Papežová, 2018).

Se stabilizací jídelního režimu a nárůstem váhy, nebo v období abstinence u závislostí, se poruchy pozornosti a některé kognitivní funkce upraví v prvních týdnech léčby (Kalina, 2015; Papežová, 2018). Jiná neuropsychologická poškození jako např. narušená vizuální, prostorová orientace, snížená percepční flexibilita, abstraktní myšlení, schopnost plánovat a organizovat přetrvávají a vyžadují cílenou terapeutickou intervenci.

Souběh obou poruch výrazně proměňuje emocionalitu. Emoční deficity se mohou projevovat častými zvýšenými afekty s pomalejším návratem do výchozího stavu a tendencí k úniku před řešením situací plných naléhavých emocí a tenzí. S únikem souvisí i postupný úbytek pozitivních emocionálních prožitků. Popisována je rigidita a neschopnost plasticky vnímat vzniklé vnitřní i vnější situace (Šťastná, 2014).

Rehabilitace, která se vedle tréninku kognice zaměří také na zvládání emočně vypjatých situací, úzkostných a afektivních stavů, může přinést výrazné zlepšení v psychosociálních dovednostech (Maila & Brannagen, 2010).

4. Rehabilitace zaměřená na neuropsychologické deficity u psychiatrických onemocnění

U pacientů s chronickým průběhem psychiatrických onemocnění, především pak u dlouhodobě hospitalizovaných, se v praxi často setkáváme s pasivitou nemocných a obtížným návratem do běžného života. Aktivizace schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností je důležitou součástí následné rehabilitační péče.

V ambulantních, lůžkových zdravotnických zařízeních a léčebnách se sociální a pracovní integraci pacientů s psychiatrickými onemocněními věnují odborníci individuální nebo skupinovou formou. Na základě diagnostického rozhovoru a analýzy funkčních schopností se stanoví konkrétní individuální plán a případná spolupráce s ergoterapeutem. Ergoterapie patří podle Krivošíkové (2011) mezi hlavní disciplíny včasné rehabilitace neuropsychologických poškození mozku. Terapeutickým prostředkem je smysluplné zaměstnávání, aktivity jsou zaměřené na rozvoj hrubé a jemné motoriky, koordinace, vnímání, senzomotoriky, citlivosti, vytrvalosti, výkonnosti mozkových funkcí a také na psychické, emocionální a sociální schopnosti tak, aby motivovaly klienta a odpoutávaly ho od patologických myšlenkových obsahů.

Během hospitalizace aktivity probíhají skupinovou formou v rámci nácviku denního režimu a k vyplnění času klienta. Kreativní techniky a hry mají za úkol udržet dobrý psychický stav, trénuje se jemná motorika a zároveň motivují klienty k rozšíření si zájmových činností (Krivošíková, 2011). Předpracovní ergoterapie připravuje pacienty k nástupu do chráněných dílen a později do pracovního procesu. Pozornost se věnuje také vzdělávacím aktivitám ve formě přednášek, besed, biblioterapie, muzikoterapie, návštěvy kulturních a sportovních akcí. Cílená ergoterapie je zaměřena na obnovení ztracených funkcí, například tréninkem pozornosti a kognitivních funkcí individuálně nebo skupinovou formou. Programy často kombinují pracovní listy, aktivizační skupinové hry a práci s počítačovými programy speciálně vyvinutými pro kognitivní trénink a rehabilitaci.

Ergoterapeutické programy, jejichž cílem je vést klienta k samostatnosti, soběstačnosti a pozdějšímu zapojení se zpět do pracovního procesu, využívají kognitivních terapií k rehabilitaci kognitivních deficitů a tréninku komunikačních a sociálních dovedností.

4.1 Trénink kognitivních funkcí

Lidé se odjakživa snažili zlepšovat své kognitivní schopnosti různými mnemotechnickými pomůckami, nebo přípravky stimulující činnost mozku. Věřilo se, že když nervová spojení a mozkové buňky odumřou, nevytváří se již žádné nové. Dnešní výzkumy opakovaně potvrzují schopnost obnovy mozku. Tzv. neuroplasticita znamená, že mozek vytváří nová propojení a buňky po celý život, tedy je schopný reorganizace (Klucká & Volfová, 2016). Kognitivní cvičení poprvé představil významný

ruský neuropsycholog A. Luria během druhé světové války a ukázal, že pacientům s mozkovou lézí se pomocí kognitivních cvičení podařilo obnovit funkce mozku (Tchanturia et al., 2010). Na důležitosti stimulace spojů mezi buňkami v mozku je založen princip rehabilitačních aktivit.

Trénink kognitivních funkcí, kognitivní trénink nebo kognitivní rehabilitace, v případě této práce také kognitivní remediace a trénink emočních dovedností, jsou společné pojmy pro procvičování mozku a jeho funkcí. Malia a Brannagan (2010) pojem vysvětlují jako posílení, upevnění nebo znovunaučení poškozených schopností. V případě že reedukace není možná, naučit se novým dovednostem, které ztrátu kompenzují. Cílem je zlepšit schopnost zvládat každodenní činnosti (Malia & Brannagan, 2010). V praxi se nejvíce používá k pozitivnímu ovlivnění kognitivního deficitu u klientů s duševními poruchami (nejvíce u schizofrenie a ADHD), ale také u seniorů a pacientů po cévních mozkových příhodách. Součástí by měl být i trénink psychosociálních dovedností jako například zvládání situací, úzkostí, změn nálad, sebepojetí a motivace.

Lužný a Skopalová (2013) uvádí, že kognitivní rehabilitace se pro nedostatečný počet vyškolených odborníků a prostor pro individuální práci v praxi nejčastěji uplatňuje formou skupinové práce, dále také v domácím prostředí s menší intenzitou terapeutické intervence. Skupinový formát přináší nejen podobné výsledky jako individuální terapie, ale také jedinečné výhody, které nejsou dosažitelné při individuální práci s pacienty. Mezi tyto výhody patří sdílení zkušeností, učení od ostatních v bezpečném terapeutickém prostředí a praktickým nácvikem interpersonálních dovedností. Autoři popisují pětitydenní kognitivní trénink pomocí počítačového programu CogMed QM, který by mohl rozšířit farmakologické metody, v současné době stále nejčastěji uplatňované v léčbě mírných kognitivních poruch. Limity pro širší rozšíření počítačem asistovaného tréninku pracovní paměti vidí především ve zpoplatnění tréninku pro klienty, jehož náklady nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění a nedostatku certifikovaných trenérů (Lužný & Skopalová, 2013).

Podle Kulišťáka (2008) je výhodou počítačových programů z pohledu pacienta zábavnost, rychlost, přesnost, různorodost a samostatnost. Spektrum úloh je při práci s počítačem širší, než může nabídnout terapeut a pacient se může zároveň zlepšovat

v samotné práci s počítačem. Počítačové programy využívají zvukovou a vizuální stimulaci, ale neposkytují adekvátní taktilní a proprioreceptivní stimulaci, proto nemusí být počítačové programy vhodně pro každého (Adamčová, 2003). Nevýhodou počítačových programů může být trénink pouze konkrétní kognitivní dovednosti, která není přenesená do všedních denních činností. Vhodná je proto jeho kombinace s dalšími terapeutickými prostředky (Adamčová 2003; Kulišťák, 2008).

4.2 Kognitivní remediace u poruch příjmu potravy

Kognitivní remediaci u poruch příjmu potravy původně popsala Dr. K. Tchanturia (2006) jako individuální formu terapie pro léčbu mentální anorexie. Úspěšně se využívá skupinovou formou v rámci rehabilitačního programu během hospitalizace na specializovaném pracovišti pro Poruchy příjmu potravy VFN a 1. LF UK (Žuchová et al., 2013). Východiskem vytvoření kognitivní remediace speciálně upravené pro pacienty s mentální anorexií bylo zjištění, že pacienti s chronickým průběhem mentální anorexie jsou vzhledem ke slabé centrální koherenci (přílišné zaměření na detail) a snížené kognitivní flexibilitě (rigidita v udržování maladaptivních vzorů chování) odolní vůči jakékoli psychologické intervenci. Papežová (2018) dodává, že jim dělá potíže využít zpětnou vazbu k modifikaci svého chování. *„Zdá se, že vyžadují odlišný přístup, který bude více než na jídelní příznaky cílit na procesy myšlení prostřednictvím kognitivních cvičení podaným zábavným způsobem“* (Tchanturia, p. 8, 2010).

Dr. Tchanturia a její tým vytvořili terapeutický program kognitivní remediace (cognitive remediation therapy – CRT), který je vhodný pro pacienty s mentální anorexií i v akutní fázi onemocnění. Manuál obsahuje plány jednotlivých sezení, praktický materiál včetně cvičení a doporučení pro práci ve skupinovém formátu. Cílem je:

- stimulovat spojení v mozku a zlepšit jeho funkci,
- uvědomit si stávající způsoby myšlení, jejich silné a slabé stránky a následně přerušit některé myšlenkové a behaviorální návyky,
- zlepšit sebevědomí,
- zlepšit rozhodovací a plánovací dovednosti,

- zažít uznání za motivaci ke změně a za snahu učit se ze svých chyb (Tchanturia et al., 2006).

Tchanturia a kol. (2010) doporučují cvičení rozčlenit do 10 sezení, s ideální frekvencí jednou až dvakrát týdně, z nichž každé sezení trvá přibližně 30-40 min. V první části prochází jednotlivými cvičeními, v druhé se za podpory terapeuta snaží rozpoznat své kognitivní styly a zamýšlí se nad konkrétními situacemi ze svého života, kde je uplatňuje.

Tchanturia a kol. (2010) upozorňují na rozdíl mezi kognitivní remediací a kognitivně behaviorální terapií, která je u poruch příjmu potravy terapeutickým přístupem první volby. Kognitivní remediací:

- necílí na jádrové symptomy onemocnění (stravování, váha nebo vnímání těla) a používá citově neutrální materiál,
- je strukturována s definovanými cíli,
- není psychologickou intervencí, je doplňkem nebo přístupem předcházející kognitivně behaviorální terapii,

Kognitivně behaviorální terapie vyžaduje rozlišování různých perspektiv a získání globálního pohledu na problémy s cílem identifikovat faktory přispívající k udržování symptomů. S těmito faktory pracuje kognitivní remediací (Tchanturia et al., 2010).

Papežová (2018) CRT považuje za účinný doplněk komplexní léčby, který se realizuje ve skupině, v rámci rodinné terapie a její adaptace také u adolescentů. Cvičení jsou zaměřena výhradně na procesy myšlení, ne na jeho emoční obsahy. Proto mohou být uplatněna u velmi nemocných pacientů, kteří nejsou zatím připraveni na složitější terapeutické přístupy.

Podle Tchanturie a kol. (2010) ukazují výsledky longitudinální studie, že u pacientů, kteří prošli kognitivní remediací, se zlepšil kognitivní výkon, sebevědomí i klinické příznaky, u intervence ve skupinovém formátu také sociální komunikace (Tchanturia, 2016).

Kognitivní remediace se ukazuje účinná i u mentální bulimie, kde můžeme pozorovat také znaky oslabené kognice (Papežová, 2018). Podle některých autorů 50% bulimiček uvádí mentální anorexii v anamnéze a téměř polovina anorektiček ztrácí často kontrolu nad jídlem a přejídá se (Krch, 2005).

Kognitivní funkce jsou úzce propojené s emocemi. Aby byla rehabilitace úspěšná, je třeba se věnovat oběma oblastem současně (Malia & Brannagan, 2010). Také Papežová (2018) uvádí, že stále více pozornosti je věnováno kognitivnímu deficitu ve spojení s deficitem emoční regulace. Pacienti zmiňují zahlcující emoční stavy, které jsou zvyklí regulovat jídlem a uvádí je jako jeden z hlavních důvodů relapsu. Program Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností rozšiřuje současné spektrum terapeutických nástrojů o přístup zaměřený na schopnost zpracovávat, rozpoznávat a regulovat vlastní emoce v interakci s prostředím. Komplexní rehabilitace, zaměřená na kognitivní funkce i emoční problémy, může výrazně ovlivnit zlepšení psychosociálních dovedností.

4.3 Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností

Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (Cognitive Remediation and Emotion Skills Training – CREST) je výsledkem dlouholetého klinického výzkumu týmu Dr. Kate Tchanturie v South London and Maudsley NHS Trust a Institutu psychiatrie King's College v Londýně. Navazuje na výše popsany terapeutický program CRT, kde původní zaměření na uvědomění si kognitivních stylů myšlení a možností, jak je změnit, rozšiřuje o práci s deficitem emoční regulace. Originální program Dr. Tchanturia a kol. (2015) je určen pro individuální práci s hospitalizovanými pacienty od samého začátku léčby u pacientů s poruchami příjmu potravy. Větší uplatnění se předpokládá u pacientů, kde není restrikce jídla a kalorický deficit základem, ale tam, kde se pacienti snaží jídlem regulovat negativní myšlenky.

CREST pomáhá pacientům prozkoumávat stávající způsoby myšlení a emocí včetně způsobů zpracování a jejich tělesných projevů, pomáhá také nalézt žádoucí strategie zvládnutí negativních emočních stavů. Pomocí jednoduchých cvičení a vizuálního materiálu získají základní znalosti a dovednosti, které jim umožní lépe porozumět, zvládat a vyjadřovat své emoce. Trénink vychází z kognitivně behaviorálního přístupu, pracuje se kognitivním přerámcováním dysfunkčních schémat a imaginativními

technikami (Papežová, 2018). Silný důraz je kladen na zvládnání negativních zážitků hledáním pozitivního přístupu. Součástí je reflexe cvičení, ve které se pacienti zamýšlí nad využitím nových dovedností v každodenním životě. Trénink dále přispívá v rozvoji adaptivních a sociálních dovedností a v aktivní modifikaci negativních afektivních stavů. Tchanturia a kol. (2015) ve svých výsledcích uvádí, že trénink zvyšuje schopnost sociální anhedonie, zlepšuje se schopnost poznat svoje emoce a zvyšuje pocit kompetence věci měnit.

Program zahrnuje 6 témat od tréninku kognice až po rozpoznávání emocí v sobě a druhých. Myšlení o myšlení (1) a myšlení o emocích (2) jsou inspirovány kognitivní remediací, zaměřenou převážně na objevování a procvičování stylů myšlení (Tchanturia et al., 2010). Rozpoznávání vlastních emocí a zaměření na pozitivní emoce (3), zvládnání vlastních emocí (4), vyjádření vlastních emocí a pozitivní komunikace (5) rozpoznání a interpretace emocí ostatních lidí (6) jsou témata oslovující deficity emoční regulace. Manuál není zaměřen na léčbu symptomů poruch příjmu potravy, ale je průvodcem k zamyšlení nad emočními procesy.

Vyhodnocení kvalitativní zpětné vazby k CRESTu v individuálním formátu Tchanturia a kol. (2015) zjistili, že většina pacientů navrhuje zvýšit počet sezení a pokračovat v navazujícím programu. Vytvořili skupinový formát, jehož výhodou je, že osloví nejen větší počet lidí, ale umožňuje na živo v bezpečném prostředí upevňovat komunikační dovednosti, vyjadřování emocí a potřeb, které jsou u pacientů s poruchami příjmu potravy problematické. Dynamika ve skupině složené z absolventů individuálního programu napomáhá samořídícímu procesu, který je usnadňován dvěma facilitátory. Skupina v pěti sezeních pracuje s následujícími tématy:

- povaha a funkce emocí - zaměření na pozitivní emoce a proč jsou tak důležité,
- rozpoznávání emocí – zkoumání strategií a příznaků, které pomohou správně rozpoznat emoce,
- vyjádření emocí versus potlačení emocí - výhody a nevýhody těchto strategií; alternativní způsoby, jak zvládat emoce,
- emoce a potřeby - emoce jako důležité signály, které sdělují potřeby, důležitost naslouchání a reagování na ně,

- rozpoznávání pozitivních emocí a jejich vyjádření - povzbuzení pacientů k objevování pozitivních emocí v sobě a také pozitivnímu vyjadřování potřeb a pocitů.

Klinické studie poukazují na výrazné neuropsychologické deficity pacientů s duševními onemocněními, které se po návratu do každodenního života projevují problémy se soustředěním, sníženou rychlostí a výkonností, nebo zvýšenou mentální unavitelností. Pokud se symptomy neřeší, přetrvávají a dlouhodobě mohou ovlivňovat kvalitu života. Neúspěšná snaha o sociální integraci a návrat do zaměstnání, může následně vyvolat podráždění, výbuchy vzteku ve stresových situacích, nebo přinést úzkostně depresivní symptomatiku. Vhodné je začít se zlepšováním kognitivních dovedností co nejdříve. Mozek, myšlení a styl zpracování informací se mohou měnit a zlepšení těchto funkcí má prokazatelně vliv také na samotný vývoj onemocnění. Jelikož u pacientů se závislostí na návykových látkách jsou popisovány podobné neuropsychologické deficity jako u pacientů s poruchami příjmu potravy, je záměrem praktické části této práce vyhodnotit implementaci programu CREST s ohledem na možné využití uplatnění také u adiktologických pacientů.

5. Metodika práce

Výzkumy zabývající se poruchami příjmu potravy a závislostí na návykových látkách poukazují na to, že obě poruchy mohou být řízeny stejnými mechanismy, pacienti vykazují podobné neuropsychologické deficity a také na vysokou prevalenci souběhu obou poruch. Záměrem výzkumné části je získat údaje o kvalitě implementace programu kognitivní remediaci a tréninku emočních dovedností, který by mohl nalézt své další uplatnění nejen v léčbě poruch příjmu potravy v České republice, ale rozšířit také spektrum pre-psychologických terapeutických intervencí u adiktologických pacientů.

Z programové teorie pilotního projektu Kognitivní remediaci a tréninku emočních dovedností (CREST), který je předmětem evaluace, vyplývají následující cíle:

- upravit a rozšířit stávající intervenci kognitivní remediaci o emoční dovednosti,
- upravit intervenci na skupinový formát realizovatelný v podmínkách Centra pro léčbu poruchy příjmu potravy VFN a 1. LF UK,

- zlepšit emoční a sociální dovednosti účastníků.

5.1 Metodologický rámec výzkumu

5.1.1 Fáze přípravy a předvýzkumné šetření

Tabulka č. 1. popisuje jednotlivé etapy programu včetně předvýzkumného šetření, jehož cílem bylo připravit manuál Kognitivní remediace a tréninku emočních dovedností pro výzkumnou část. První verze manuálu složená z individuálního a skupinového formátu Dr. Tchanturie v délce 6 sezení byla testována se skupinou 14 pacientek Centra pro léčbu poruch příjmu potravy v období 3.12.2018 do 22.1.2019. První lekce byla zaměřená na kognitivní trénink, následující na myšlení, rozpoznávání a vyjadřování emocí. Program dokončilo 6 pacientů, 8 pacientů z léčby v průběhu předvýzkumného šetření předčasně odešlo. Z dotazníků spokojenosti pacientů a z průběžných záznamů vyplynula následující doporučení pro realizaci výzkumného projektu:

- rozšířit lekce zaměřené na rozpoznávání a vyjadřování emocí v souladu s originálním programem na tři a tři sezení, na celkovou délku programu deseti lekcí,

- s intenzitou dvou lekcí týdně se délka programu zkrátí na 5 týdnů, zvýší se pravděpodobnost, že pacientky zahrnuté do výzkumu, neukončí léčbu v průběhu realizace CRESTu,

- realizovat lekce v dopoledních hodinách po relaxačních technikách na základě vyšší kognitivní kapacity pacienta vzhledem k celkovému dennímu programu.

Tab.č. 1: Teoretické vymezení jednotlivých etap projektu

| Teoretické vymezení jednotlivých etap projektu | | | |
|---|-------------------------|--|--|
| Etapy programu | Operační cíle | Indikátory naplnění operačních cílů | Aktivity |
| 1. etapa: předvýzkumná | Adaptace CREST programu | Vytvoření manuálu CREST | sestavení pracovní verze CRESTu ve skupinovém formátu, |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>část 09 2018 – 01 2019</p> | <p>do skupinového formátu</p> | <p>skupinového formátu pro výzkumnou skupinu</p> | <p>schůzky realizátorů s týmem, informace na pracovišti, informačně-motivační setkání s účastníky předvýzkumné skupiny , realizace pracovní verze CRESTu ve skupinovém formátu, zpětná vazba od účastníků, kteří absolvovali všechny lekce předvýzkumné části, zpracování získaných údajů a finální úprava manuálu CREST pro skupinovou práci, příprava dotazníků viz sběr dat</p> |
| <p>2. etapa: výzkumná část 01-03 2019</p> | <p>realizace programu CREST u výzkumné skupiny</p> | <p>zlepšení emočních a sociální dovedností účastníků, získání manuálu CREST pro další uplatnění v léčbě poruch příjmu potravy,</p> | <p>schůzky realizátorů s týmem, informace na pracovišti, informačně-motivační setkání s účastníky výzkumné skupiny, předání dotazníku na užívání návykových látek, AUDIT, SDS, zúčastněné pozorování / realizace 10 lekcí programu, vyplnění dotazníků spokojenosti po každé lekcí vyplnění závěrečného dotazníku zjišťující spokojenost a prospěšnost, ohnisková skupina, vyhodnocení, zpracování zprávy s doporučeními</p> |

5.1.2 Výzkumná část

Realizace 5-týdenního programu CREST byla naplánována v období od 4.2. do 6.3. 2019, kdy se na oddělení a stacionář přijímalo v jeden čas nejvíce pacientů. Důvodem bylo zvýšit pravděpodobnost úspěšného dokončení co největšího počtu z nich.

V rámci týmové porady zaměstnanců denního stacionáře a lůžkového oddělení byl dohodnut pravidelný čas a místo konání jednotlivých lekcí s ohledem na režim pacientů a na doporučení realizátorů evaluačního procesu ze zkušeností z předvýzkumné části. Následně domluvily realizátorky postup samotné realizace evaluace. Průběžná zpětná vazba týmu Centra pro léčbu poruch příjmu potravy o tématech a dynamice jednotlivých lekcí probíhala ve stručnosti po lekcích a také na pravidelných poradách.

Před zahájením programu CREST proběhlo úvodní setkání realizátorů s pacientkami se zájmem o účast. V úvodu byly informovány o průběhu, organizaci programu, účelu a metodách výzkumu a etických principech práce. Informace se týkaly koncepce programu. 10 lekcí v intenzitě 2krát v týdnu, a to v pondělí a ve středu od 10:45 do 12:00 hodin. Ve stručnosti byl představen manuál, cíle jednotlivých lekcí a přínos programu. Diskutovali jsme také anonymní zpracování dat z důvodu ochrany soukromí a osobních údajů, dále využití dat jen pro účely diplomové práce. Pacientky byly informovány, že účast je dobrovolná, podepsáním informovaného souhlasu potvrdily souhlas s účastí ve výzkumu, a jejich případné rozhodnutí o odstoupení v průběhu výzkumu nebude mít vliv na další průběh léčby. Byly předány standardizované dotazníky AUDIT, SDS a dotazník zjišťující užívání návykových látek posledních 30 dní před léčbou. Vzhledem k širšímu uplatnění tohoto projektu v rámci postgraduálního výzkumu, vyplnily pacientky další testy, jejichž výsledky nejsou na základě přání výzkumníka v této evaluaci zohledněny. Závěr prvního setkání jsme věnovaly dotazům. Nejvíce se ozývala pacientka, u které jsme později na základě screeningu zjistili komorbiditu s alkoholem i přes to, že při příjmu na oddělení se o abúzu nezmiňovala. Ptala se na mlčenlivost, o které byla opakovaně ubezpečena.

Harmonogram jednotlivých lekcí, které na sebe navazovaly určitou náročností na kognitivní a emoční zpracování, je blíže popsán v tabulce č. 2.

Tab. č. 2: Harmonogram programu CREST

| Lekce a datum | Název | Cíl lekce |
|----------------------|--------------|------------------|
|----------------------|--------------|------------------|

| | | |
|------------------------|---|--|
| 1. lekce 4.2. 2019 | Myšlení o myšlení | Pomocí jednoduchých praktických kognitivních cvičení zahájit CREST intervenci a navázat vztah s účastníky. Zvědomit vlastní styly myšlení, objevit alternativní způsoby a nové strategie myšlení a přemýšlet o jejich využití v běžném životě. |
| 2. lekce 6.2. 2019 | Myšlení o emocích | Cortex (kognitivní část mozku) a limbický systém (emoční část mozku) jsou v interakci, tělo a mozek jsou propojené. Pomocí seznamu pozitivních a negativních emocí si uvědomit, kolika různými slovy lidé popisují, jak se cítí. |
| 3. lekce 11.2. 2019 | Rozpoznání vlastních emocí a zaměření na pozitivní emoce I. | Zaměřit se na rozpoznávání pozitivních a negativních emocí, zamyslet se nad jejich kontrastními emocemi a také nad tím, jak bychom se chtěli cítit. Zamyšlení nad vlastními pozitivními zdroji a zkušenostmi. |
| 4. lekce 13.2. 2019 | Rozpoznání vlastních emocí - zaměření se na pozitivní II. | Rozpoznávat pozitiva v každodenních situacích. Vytvořit si seznam pozitivních zdrojů a zkušeností. Strategie zesílení pozitivních postojů, které pomáhají od tendence být negativní. |
| 5. lekce 18.2. 2019 | Rozpoznání vlastních emocí - zaměření se na pozitivní III. | Zaměřit se na své silné stránky. Uvědomit si, jak jsou emoce přechodné a spojené s prostředím kolem nás. |

| | | |
|------------------------|--|---|
| 6. lekce 20.2. 2019 | Zvládání emocí I. | Uvědomit si současné strategie zvládání emocí a skutečnosti, že potlačení a vyhýbání se není příliš užitečné. |
| 7. lekce 25.2. 2019 | Zvládání emocí II. | Vyzkoušet si konkrétní techniky zvládání emocí. Uvědomit si, že emoce se mění v síle a intenzitě. Dále také, že s intenzitou našich emocí se mění také naše reakce a chování. |
| 8. lekce 27.2. 2019 | Zvládání emocí III. | Co vše nám chtějí sdělit naše emoce? Jak by emoce mohly pracovat v náš prospěch? |
| 9. lekce 4.3. 2019 | Vyjadřování emocí | Naučit se vyjadřovat své myšlenky, pocity a potřeby otevřenou a asertivní komunikací. |
| 10. lekce 6.3. 2019 | Rozpoznání a interpretace emocí druhých lidí | Schopnost rozpoznávání a interpretace emocí druhých je důležitá pro schopnost udržovat dobré mezilidské vztahy a také pro efektivní komunikaci. Reflexe celého programu CREST. |

5.2 Volba způsobu provedení evaluace

Možností, jak pojmout evaluační postup je dle literatury mnoho. Z povahy našeho projektu vyplývá, že z hlediska účelu je vhodným typem evaluace formativní. Smyslem provedení je totiž poskytnout zpětnou vazbu, aby mohla být intervence vylepšena (Hendl & Remr 2017). Má jasně vyjasněné cíle, ověřuje povahu implementace, identifikuje výstupy, role evaluátora je interaktivní a typická forma provedení takové evaluace je interní (Hendl & Remr 2017).

Z hlediska hlavních typů evaluace podle Pokynů WHO/UNDCP/EMCDDA (2000) pro evaluaci léčby se zabýváme především typem evaluace procesu a spokojenosti klienta, které nejlépe vystihují směr našeho zájmu. Analýzu potřeb, evaluaci výsledku a ekonomickou evaluaci zmiňujeme v práci pouze okrajově, protože neodpovídají na naše výzkumné otázky. V užití praxi jsme se jimi zabývali v pilotáži.

Náš projekt je zaměřen na zpětnou vazbu připravovaného terapeutického přístupu. Zkoumá, jak jednotlivé intervence působí a jak jsou vykonávány, pomáhá odhalit případné nedostatky a díky vysoké frekvenci sběru dat a těsnému kontaktu role evaluátora s posuzovanými subjekty umožňuje včasnou nápravu a minimalizaci negativních dopadů (Hendl & Remr, 2017).

5.3 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce je provést vyhodnocení kvality implementace programu Kognitivní remediace a tréninku emočních dovedností (CREST) pro rozhodování o uplatnění intervence u adiktologických pacientů.

Záměrem evaluace je zpětná vazba pro připravovaný zcela nový terapeutický přístup. Program CREST je v zahraničí již uplatňován a výzkumy dokládají jeho přínosy v klinické praxi. Evaluace neposuzuje užitečnost a smysluplnost, ale zkoumá intervenci z hlediska procesu a spokojenosti. Zabývá se tím, zda projekt probíhá tak, jak bylo plánováno, jak jednotlivé intervence působí a jak jsou vykonávány.

Díličí výzkumné otázky jsou:

Jaké existují odlišnosti či podobnosti u pacientek s poruchami příjmu potravy v porovnání s pacientkami s komorbiditou závislosti na návykových látkách z hlediska průběhu intervence, spokojenosti s koncepcí, srozumitelností a realizací intervence? Jaká je jejich motivace, aktivita a komunikace během jednotlivých aktivit? Jaké identifikují pozitivní a negativní okolnosti realizace aktivit? Shledávají pacienti/ky intervenci prospěšnou?

5.4 Výzkumný soubor

Výběrový soubor byl zvolen na základě nepravděpodobnostní metody výběru, konkrétně záměrným účelovým výběrem přes instituce. Podle Miovskeho (2006) nám

tato metoda pomáhá využít specializované činnosti zvolené instituce k zachycení cílové skupiny. Konkrétně se jedná o specializované pracoviště Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy 1. LF a UK VFN v Praze, které umožňuje souběžnou léčbu závislosti a poruchu příjmu potravy, a je pro svůj charakter v České republice jedinečná. Centrum nabízí tři formy péče: ambulantní péče, intenzivní ambulantní léčba formou Denního stacionáře a pobytová na lůžkovém oddělení. Specializovaná ambulantní péče je určena pro první kontakt a následnou krátkodobou ambulantní péči. Na základě doporučení z ambulantního vyšetření dochází pacienti s BMI od 16 a více v pracovní dny po dobu tří měsíců do Denního stacionáře. Na specializovaném lůžkovém oddělení jsou pacienti hospitalizováni 6-8 týdnů.

Pro výzkum byly osloveny pacientky mezi 18 a 45 rokem, s diagnózou z okruhu F50 Poruchy příjmu potravy, docházející k dlouhodobé léčbě do Denního stacionáře a hospitalizované na lůžkovém oddělení. Protože se výběrový shoduje se základním, jedná se o totální výběr pacientů/ek. Hlavním důvodem bylo získání maximálního možného počtu pacientů do výzkumného souboru. Skutečnost, že se jedná o totální výběr zahrnující pacientky Denního stacionáře i pacientky v režimové léčbě pobytové, se může projevit rozdílnou úrovní motivace a spolupráce v programu. Limitem této služby je otevřená skupina. K hospitalizaci na oddělení i k pobytu na stacionář pacientky přicházejí v individuální dobu. To znamená, že není reálné, aby všechny pacientky nastoupily do programu ve stejnou dobu a zároveň tak i program jednotně dokončily. Počet pacientů ve skupině tedy kolísal v rámci příjmů a propuštění pacientů. Nejvyšší počet pacientů na skupině byl 21, nejmenší 15.

Do výzkumného souboru pro evaluaci programu bylo zahrnuto 12 pacientek, konkrétně 4 pacientky z denního stacionáře a 8 z oddělení, které program dokončily. Šest pacientek je vedeno s diagnózou mentální anorexie (F50.0), dvě s diagnózou atypické mentální anorexie (F50.1), tři s mentální bulimií (F50.2) a jedna se záchvatovitým přejídáním (F50.4). 3 pacientky zahajovaly 3 týden léčby, ostatní měly za sebou první týden léčby. Jedna pacientka byla v den zahájení programu nově příchozí. V šesti případech se jednalo o opakovanou léčbu a šest pacientek se léčilo pro poruchy příjmu potravy poprvé.

5.4.1 Výzkumný soubor z hlediska užívání návykových látek

Diagnostický screening poruch spojených s užíváním návykových látek byl realizován u 21 pacientek pomocí standardizovaného dotazníku AUDIT, SDS a krátkého dotazníku zjišťujícího užívání návykových látek posledních 30 dní před léčbou.

U 8 pacientek potvrdily výsledky dotazníků AUDIT rizikové chování. 3 pacientky z denního stacionáře, dvě s diagnózou mentální anorexie a jedna s atypickou mentální anorexií, dále pak 5 pacientek z oddělení, z toho tři s mentální anorexií a dvě s mentální bulimií. Do výzkumného souboru jsme zahrnuly pacientku z oddělení, která uváděla problémy s alkoholem v anamnéze, ale její výsledek v dotazníku AUDIT byl se 7 body těsně pod hranicí rizikového chování.

4 pacientky užívaly alkohol 30 dní před léčbou každodenně v množství větším než 2 alkoholické nápoje denně, z nichž jedna každodenně současně užívala léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa). Jiná pacientka uvádí současně jeden den zkušenost s laxativy, další s užíváním heroinu, pervitinu, marihuany a LSD. Alkohol a léky podporující hubnutí užívala 5 dní v týdnu jedna pacientka, další uvádí alkohol 3 dny v týdnu. 2 dny za posledních 30 dní před léčbou konzumovala jedna pacientka 0,7 l alkoholu. V dotazníku SDS zjišťující škálu závažnosti získala jedna pacientka 5 bodů, jedna 2 a jedna 1 bod. Ostatní dotazník nevyplnily.

5.5 Metody získávání dat

Pro tvoření kvalitativních dat byly použity následující nástroje popisující podrobnosti případu a zachycující samotné vykonávání intervence. Sociodemografická data byla získána analýzou existujících dokumentů jako je lékařská dokumentace. Diagnostický screening poruch spojených s užíváním návykových látek byl realizován pomocí standardizovaného dotazníku AUDIT, zaměřeného na včasnou detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu, dotazníku SDS, poskytujícího informaci o závažnosti závislosti na návykových látkách a krátkého dotazníku zjišťujícího užívání návykových látek posledních 30 dní před léčbou, celoživotní užívání (druh, množství a způsob užívání). Klíčovým zdrojem dat bylo zúčastněné pozorování na 10 lekcích tréninku kognice a emočních dovedností, dotazníky zjišťující spokojenost pacientek a subjektivní prospěšnost programu, po skončení celého programu pak ohnisková

skupina. Dotazník zjišťující užívání návykových látek posledních 30 dní před léčbou a dotazníky spokojenosti vytvořené autorkou, jsou přílohami diplomové práce.

5.5.1 Zúčastněná pozorování

Jádrem evaluace byla zúčastněná pozorování na 10 lekcích programu CREST, které probíhají vždy za přítomnosti evaluátora, realizátora v roli lektora, ve stejném čase a na stejném místě.

Pacientky seděly v kruhu na židlích až do osmé lekce, kdy přišly s nápadem pro větší fyzický komfort se posadit na podložky na zem. V kruhu s nimi seděla i realizátorka lekce a vedla setkání. V roli evaluátora jsem seděla vždy mimo kruh u stolu, má role byla pasivní, sledovala důležité proměnné a data jsem průběžně zaznamenávala do strukturovaného záznamového archu. Pacientky s mou přítomností na začátku programu souhlasily. V úvodu jsem si všímala složení a atmosféry ve skupině, motivaci a spolupráci jednotlivců. Sledovala jsem proces realizace, co a jak se dělo, jaká byla komunikace s pacientkami, jak to celé proběhlo, zda byly nějaké odchylky od zamýšleného postupu, nebo případné komplikace. Na závěr záznamového archu jsem připojila případná doporučení pro další realizaci a dopady, které byly ze stran pacientů i personálu následně s intervencí spojovány.

Kontinuita, srozumitelnost a pocit bezpečí jsou zajištěny identickou strukturou každého setkání. Před začátkem realizátor připravil materiály s praktickými cvičeními, desky a psací potřeby. Každá lekce, kromě úvodní, začínala shrnutím lekce minulé. Realizátor se dotazoval na přínos uplynulé lekce a možnosti uplatnění v praktickém životě. Refletoval domácí cvičení, které pomáhalo pacientkám se připravit na další lekci. Poté byly pacientky seznámeny s cílem aktuální lekce, následovalo teoretické představení tématu s praktickými cvičeními individuální formou nebo v malých skupinkách. Realizátor se průběžně ujišťoval o srozumitelnosti cvičení a zodpovídal případné dotazy obcházením jednotlivých skupinek. Praktická cvičení byla zakončena skupinovou reflexí, která upevňovala nově získané dovednosti. Sdílely se také úvahy nad praktickým uplatnění dovedností v každodenním životě. Lekce byla ukončena vyplněním dotazníku.

5.5.2 Dotazníková šetření spokojenosti pacientek

Na konci každé samostatné lekce pacientky vyplňovaly dotazník zjišťující spokojenost s průběhem jednotlivých lekcí. Validita této části evaluace spočívá v předem připraveném dotazníku obsahující otázky na subjektivní spokojenost s 1. obsahem lekce, 2. délkou lekce, 3. srozumitelností cvičení, 4. zábavností cvičení, 5. užitečností cvičení, 6. velikostí skupiny, 7. atmosférou ve skupině, 8. tempem výkladu, 9. zodpovězením dotazů a 10. s prostory, kde se pacienti za tímto účelem scházeli. Tato část dotazníku obsahovala škálu od 1 do 10, přičemž hodnota 10 znamená největší spokojenost a 1 nejmenší. Druhá část dotazníku obsahovala otevřené otázky týkající se užitečnosti, obtížnosti, pozitivních a negativních okolností a jiných připomínek. Reliabilita byla zajištěna pravidelností podání dotazníku pacientovi, vždy 5 minut před koncem lekce a zároveň vždy se stejným zněním otázek. Dalším dokladem reliability evaluace je shoda obou zúčastněných výzkumníků při zpětné vazbě po každé lekci. Spokojenost s rozsahem programu a komunikací v jeho průběhu uváděly také v závěrečném dotazníku.

Po skončení celého pěti týdenního programu jsme pacientky na konci 10. lekce požádaly o vyplnění závěrečného dotazníku zjišťujícího především subjektivní prospěšnost programu. Obsahoval otevřené i uzavřené otázky zkoumající zlepšení sociální dovedností celkově, zlepšení porozumění emocím a jejich funkcím, rozpoznávání, zvládání a vyjadřování vlastních emocí a také rozpoznávání emocí druhých. Zajímala nás také role CRESTu na výsledku léčby a využití strategií a technik v praxi. V závěru měly pacientky prostor vyjádřit nápady na zlepšení.

5.5.3 Ohnisková skupina

Ohnisková skupina byla zvolena k doplnění celkového obrazu o tom, jak pacientky hodnotí průběh programu s cílem dozvědět se ještě něco nového, co nezaznělo v závěrečných dotaznících. Jedná se o důležitou kvalitativní metodu s mnoha výhodami, a proto se objevuje jako nedílná součást této diplomové práce. Poskytuje v krátkém časovém intervalu poměrně velké množství informací a využívá výhod skupiny k získání zpětné vazby na program. Podle Miovského (2006) umožňuje pozorovat členy cílové populace při aktuální reakci na dané téma a využívá k tomu skupinové fenomény.

Konkrétně se jednalo o strukturovaný typ ohniskové skupiny s dopředu připravenými otázkami debatující nad tématy uvědomění si způsobů uvažování a emočního prožívání, využití nových dovedností v situacích běžného života a zpětné vazby k programu CREST. Skupina proběhla s 12 pacientkami (z toho 8 s komorbiditou užívání alkoholu), které dokončily celý program, a to s odstupem pěti dnů po skončení poslední lekce, ve stejných prostorech a ve stejný čas. Zápis z ohniskové skupiny je přílohou této práce.

5.6 Analýza a interpretace dat

Vyhodnocení dotazníků proběhlo podle manuálu postupu každého ze standardizovaných dotazníků a jejich zpracování pomocí programu MS Excel a MS Word.

Škály v dotaznících spokojenosti byly vyhodnoceny vlastní tabulkou v programu Excel na základě váženého průměru. Nejdříve byl pro každou položku v každé lekci spočítán vážený průměr, poté byl vypočítán vážený průměr celé lekce. Výsledné grafy a odpovědi na otevřené otázky jsou součástí kapitoly odpovídající na výzkumné otázky.

Pro fixaci dat zúčastněného pozorování jsem při každé lekci použila strukturovaný záznamový arch.

Strukturovaná ohnisková skupina byla pro komplexnost nahrána na diktafon. Průběžně zaznamenávané poznámky byly doplněny následně o data ze záznamu, kterým během rozhovoru nebyla věnována pozornost, nebo byly pokládány za okrajové. Data byla převedena do textové podoby a provedena dílčí úprava tzv. redukcí prvního řádu. Jedná se o přepis do plynulejší podoby pro následné zpracování a uchování. Kontrola byla zajištěna opakovaným poslechem. Použila jsem textový editor v programu Word.

Pro zpracování textových dokumentů byla použita obsahová analýza. Tu pro objektivní a systematický popis obsahu komunikace kvantitativních dat doporučuje Miovisky (2006). Výroky byly uspořádány do skupin metodou vytváření trsů, zachycení vzorců a metodou kontrastů a srovnávání.

5.7 Limity výzkumu

Při implementaci nemohla být zcela dodržena programová teorie, neboť program bylo třeba přizpůsobit místním podmínkám a vývoji situace. Vždy byl ale dodržen obsah lekce, místo a čas.

Jedním z typických problémů, které bývají odhaleny v rámci procesní evaluace, jsou špatné plány a chybné předpoklady, které mohou být součástí programové teorie nebo implementace konkrétního programu. V případě implementace programu CREST byl průběh ovlivněn nedostatkem členů realizačního týmu, který vedl k úpravě terapeutického programu a dočasnému omezení psychoterapeutických skupin. Jelikož se program nepodařilo realizovat způsobem, jak bylo plánováno z důvodů uvnitř programu, hovoříme o implementačních deficitech (Hora, Suchanec, & Žižlavský, 2014).

Hora, Suchanec a Žižlavský (2014) uvádí, že cílem procesní evaluace je řešit problém tzv. „black box“ neboli problém černé skříňky. Tato pomyslná černá skříňka obsahuje všechny aktivity, které se udály během realizace programu. Skutečnost, že pacientky denního stacionáře vyžadují jiný přístup v porovnání s pacientkami hospitalizovanými je důležitou proměnnou. Lůžkové oddělení má jiné podmínky léčby v porovnání s denním stacionářem. Liší se také terapeutický program a možné faktory ovlivňující aktivitu, motivaci a spolupráci. Tyto limity pacientky samy uvádějí ve zpětnovazebných dotaznících.

Kvalitativně zaměřená evaluace prohlubuje na jedné straně validitu výzkumu, na druhé straně přináší také úskalí výpovědní hodnoty poznatků. Poukazuje více na chyby a implementační selhání než výhody a silné stránky. Na druhou stranu umožňuje změnit stávající praktiky (Hendl & Remr, 2017). Další otázkou je také reliabilita, neboť výběr respondentů proběhl formou záměrného účelového výběru přes instituce. Je tedy pravděpodobné, že výsledky nebudou reprezentativní ve smyslu jejich úplnosti, komplexnosti, neboť nebudou reprezentovat všechny typy osob s poruchami příjmu potravy a komorbiditou závislosti na návykových látkách.

Pilotní projekt CREST pod vedením prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. je realizován vedoucí psycholožkou Denního stacionáře a autorkou diplomové práce. Skutečnost, že evaluace je prováděna interní pracovníci, může do jisté míry přinést subjektivní

pohled a být metodologickým limitem výzkumu. Podrobná znalost programové teorie a kontextu realizace projektu může na druhou stranu eliminovat rizika spojená se spoluprací v jednotlivých fázích, koordinací cílů a rolí realizátorů a evaluátorů, která je podle Hory a kol. (2014) klíčová. Pro zúčastněné pozorování to může být prospěšné také proto, že bude snazší získat důvěru účastníků. Výhodou může být uplatnění znalostí ze studia Adiktologie v přímé práci s pacienty s komorbiditami na návykových látkách.

5.8 Etické aspekty výzkumu

Program CREST je současně pilotním projektem pro připravovanou rodinnou formu, která by měla v následné péči podpořit spolupráci rodinných příslušníků. Z tohoto důvodu, byl souhlas etické komise udělen pro projekt Pilotní ověření účinnosti rodinné formy kognitivní remediací s pacienty s mentální anorexií, který je společně s informovaným souhlasem k nahlédnutí v přílohách diplomové práce.

V průběhu realizace evaluace byly dodržovány etické principy, které chránily účastníky výzkumu. Patří mezi ně informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu a ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu (Miovský, 2006).

6. Výsledky evaluace

Záměrem evaluace bylo získání informací pro další rozhodování o uplatnění intervence u adiktologických pacientů. Výzkumný soubor tvořilo 12 pacientek s poruchami příjmu potravy, z toho 8 s komorbiditou závislosti na návykových látkách. Pro zodpovězení dílčích výzkumných otázek zjišťujících specifika pacientek s komorbiditou, jsem se soustředila na průběh z hlediska jejich motivace, aktivity, komunikace, spokojenosti s koncepcí, srozumitelností a realizací. Získaná data jsem uspořádala do skupin podle základních psychologických kategorií. Vyhodnocení dotazníkových šetření přinášející zpětnou vazbu ke kvalitě implementace programu jsou pak samostatnou kapitolou. Zajímala jsem se také o to, jaké pacientky vnímaly pozitivní a negativní okolnosti realizace aktivit. Souhrn výsledků pak uzavírá kapitolu věnovanou výsledkům evaluačního výzkumu.

6.1 Srovnání průběhu programu CREST u pacientek s poruchami příjmu potravy a pacientkami se závislostní komorbiditou

6.1.1 Myšlení

Své stávající styly myšlení pacientky prozkoumávaly především během prvních dvou lekcí. Nejdříve trénovaly plnění několika úkolů najednou s rychlostí a přesností, kdy v prvních cvičeních přecházely mezi dvěma různými skupinami slov a současně si měly pamatovat předchozí písmeno abecedy. Patrná byla **snížená kognitivní flexibilita**, kdy bylo obtížné se soustředit na dva úkoly ve stejný čas. Shodně uváděly **zhoršenou schopnost koncentrace**, myslely dopředu a uvítaly by, kdyby si mohly dělat poznámky. Obecně se snažily úkoly plnit rychle, ptaly se na to, kolik času budou mít. Když se domnívaly, že mají úkol hotov, daly vědět ostatním. Rigiditu myšlení potvrzovaly také pevností ve svých denních rituálech.

Obě skupiny pacientek měly sklony k **perfekcionismu a výkonu**, chtěly být 100% úspěšné. Patrná byla také **netrpělivost**. Když se dařilo pacientkám „uspět“, chtěly najít hned řešení. S rozpaky přijímaly zpětnou vazbu realizátora, že některé výstupy jsou tématem příštích lekcí. Tyto tendence se potvrdily také v ohniskové skupině doporučením prohloubit teoretické znalosti a sestavit pracovní sešit, se kterým by se mohly dopředu připravovat.

Pacientky s komorbiditou jako **okolnosti negativně ovlivňující jejich soustředění** zmiňovaly negativní pocity spojené s jídlem a vnímáním svého těla, rozptylování okolními zvuky a byly vynalézavější v alternativních způsobech hledání řešení úloh. „*Neustále jsem se ztrácela, obtížně jsem si pamatovala předchozí písmeno a musela jsem si abecedu přeříkávat...*“. Jiná pacientka přeříkávala abecedu nahlas, aby tak pomáhala spolupacientce se na cvičení lépe soustředit.

U cvičení, jehož cílem bylo procvičit získávání stručných informací z detailních podnětů, projevíly pacientky bez komorbidity **větší zaměření na detail**. Po přečtení příběhu měly pacientky nejdříve stručně v pár větách říci, o čem to bylo a následně vymyslet nadpis. Pacientka s mentální anorexií registrovala vedle podrobností také jména aktérů. Naopak jiná pacientka s atypickou mentální anorexií a komorbiditou cvičení komentovala následně: „*Čtení je horší, myšlenky mi utíkají... psaná forma je lepší, nutí mne vnímat slova....*“. Na otázku, jestli zažívají situace, kdy jsou lidé

zmatení, když se pokouší něco popsat, odpověděla pacientka s komorbiditou kladně. „*Ano, neumím se vyjadřovat a být stručná.*“

6.1.2 Prožívání

Společné oběma skupinám bylo **zaměření na negativní prožívání**. Při cvičení na rozpoznávání emocí si snáze uvědomovaly negativní pocity, bylo pro ně obtížné je vnímat jako přechodné a dočasné, měly tendenci v negativních prožitcích setrvávat. Příkladem bylo cvičení, kdy měly pacientky uhádnout emoce z výrazu obličeje. U pozitivních váhaly, negativní dokázaly více odhadnout. Tuto zkušenost potvrzuje jejich zpětná vazba v dotaznících.

Sklony k perfekcionismu a výkonu se projevovaly zvýšenou **frustrací** během cvičení na rozpoznávání emocí, když nemohly na správnou emoci přijít. Pokud emoci rozpoznaly, **podrobně a s nejistotou popisovaly vlastní prožívání**.

Při tvoření seznamu silných stránek, pozitivních zdrojů a zkušeností, jejichž uvědomění pomáhá od tendence být negativní, byly komorbidní pacientky aktivnější a uváděly teoreticky řadu technik.

Pro komorbidní pacientky bylo **obtížné ventilovat své negativní pocity na skupině**. Opakovaně se snažily pro somatické komplikace vyhnout lekci. Když tento mechanismus nevyšel, na lekci se dostavily, ale nespolupracovaly. Říkali si více o vnější motivaci a více prožívali zdravotní obtíže. Při tématu rozpoznávání emocí a hledání strategií zvládnutí obtížných a rozrušujících emocí jsme pro dekompenzaci nálady musely dvě pacientky doprovodit zpět na oddělení.

6.1.3 Chování

Motivace všech pacientek byla při počátečních lekcích nízká. Na otázky využití procvičených dovedností v každodenním životě odpovídaly zřídka, smysluplnost cvičení byla pro ně těžko uchopitelná. **Stěžovaly si na prostory a na nedostatek dynamicky vedených psychoterapeutických skupin**. Od třetí lekce se jevíly již více motivované a spolupracující. Zapisovaly si poznámky, dařilo se jim více proniknout do tematiky, některé nosily vypracované domácí úkoly. V průběhu jednotlivých lekcí pacientky komunikují především obtížnost úkolů. Od páté lekce pomáhají s přípravou místnosti a pomůcek. Dotazují se, pokud něčemu nerozumí a snaží se aktivně

zapojovat mezi ostatní. V osmé lekci samy navrhují sezení na karimatkách, které přináší uvolněnější atmosféru. Patrná byla také **nižší motivace a spolupráce při pondělních lekcích**. Během ohniskové skupiny zmiňovaly příliš dlouhou prodlevu mezi středeční a pondělní lekcí. V pondělí si hůře než ve středu vybavovaly, co bylo náplní uplynulé lekce.

Ze záznamových archů všech lekcí se ukazuje, že **pacientky s komorbiditou závislosti byly vždy aktivnější** v porovnání s ostatními. Pacientky s mentální anorexií jsou tišší, svoji aktivitu projevují více při práci v menších skupinách a více se zapojují do aktivit, které jsou zaměřeny na edukaci v programu.

Aktivní jsou především pacientky s vyšším BMI s diagnózou mentální bulimie a komorbidity. Tato aktivita je myšlena oběma směry. Pacientky byly více slyšet, nešeptaly jako jejich kolegyně, **zapojovaly se** do skupinové práce, více **sdílely s ostatními**, a byly také **nositelkami nových nápadů** pro další práci. Pokládaly doplňující otázky a **neváhaly polemizovat**, i když jejich názory byly často v rozporu s názory ostatních. Při práci byly **méně strukturované, více hlučné a méně soustředěné**, častěji se mezi sebou bavily. Jejich dotazy nebyly tolik perfekcionisticky laděné, otázky vedly k dosažení subjektivní spokojenosti. Na dotazy realizátora reagovaly vždy jako první, chtěly slyšet zpětnou vazbu a potvrzení. Vyžadovaly větší pozornost na skupině a **dožadovaly se častěji individuální péče** po skupinovém programu. V lekcích 3 a 6, které se zdály být ve srovnání s ostatními náročnější, komorbidní pacientky vyjadřovaly svůj vnitřní neklid, cvičení se účastnily jako pozorovatelé a snažily se získat podporu ostatních. Realizátor nabízel následnou skupinu pro sdílení, nejasnosti a možné dopracování otevřených témat, kterou ale pacientky nakonec nevyužily. V rámci ohniskové skupiny popisovala pacientka s mentální anorexií a komorbiditou závislosti na alkoholu stav „totálního rozložení“ po lekcích zaměřených na emoce. *Přála by si, aby se dalo zařídit, aby mohla ze skupiny odcházet v pohodě. Uvádí, že šla hned do emocí, byla v nich a nešlo se pak z nich dostat.* Pacientky s komorbiditou **citlivěji reagovaly na změny**. Jak je patrné z grafu č. 3, byla příčina nízké míry spokojenosti s druhou lekcí v její délce. Dynamika skupinového dění patientek z oddělení si vyžádala intervenci a délka lekce se protáhla o 20 min.

Pacientky obecně nevyužívaly prostor pro zpětnou vazbu k programu CREST na konci lekcí. Také v průběhu ohniskové skupiny pacientky především bilancovaly, **nedokázaly otevřeně kriticky promluvit o svých názorech**. Své připomínky vyjadřovaly raději písemnou formou v závěrečných otevřených otázkách hodnotících dotazníku.

6.2 Implementace programu z pohledu pacientek

6.3 Vyhodnocení průběžných dotazníků spokojenosti

Co se týče **obecné spokojenosti** s jednotlivými lekce, kterou jsme po každé lekci zjišťovali vyplněním dotazníků, byla v případě komorbidních pacientek mírně vyšší. Jak vyplývá z grafů č. 1 a 2, nebyly ale mezi skupinami příliš velké rozdíly. Spokojenost s lekce byla na začátku programu obecně nižší v porovnání s dalšími. Tendence hodnotit kladněji lekce ke konci programu, mohla být ovlivněna znalostí nabitých dovedností, které pacientkám umožnily být klidnější z podaného výkonu.

Nejméně spokojeny byly obě skupiny s prvními dvěma lekce, které byly zaměřeny na zlepšení kognitivních deficitů. Důvodem mohlo být samotné téma nácviku kognitivních dovedností. Jak je patrné z grafu č. 3, především u pacientek s komorbiditou, byla příčina nízké míry spokojenosti s druhou lekce v její délce. Dynamika skupinového dění pacientek z oddělení si vyžádala intervenci a délka lekce se protáhla o 20 min.

Nejvíce spokojeny byly obě skupiny shodně s lekce č. 4, kdy se pacientky věnovaly pozitivním emocím a také se závěrečnou lekce zaměřenou na rozpoznávání a interpretaci emocí druhých. Spokojeny byly také s lekce č. 6. rozlišování vlastních emocí a 9. lekce věnovanou asertivním technikám.

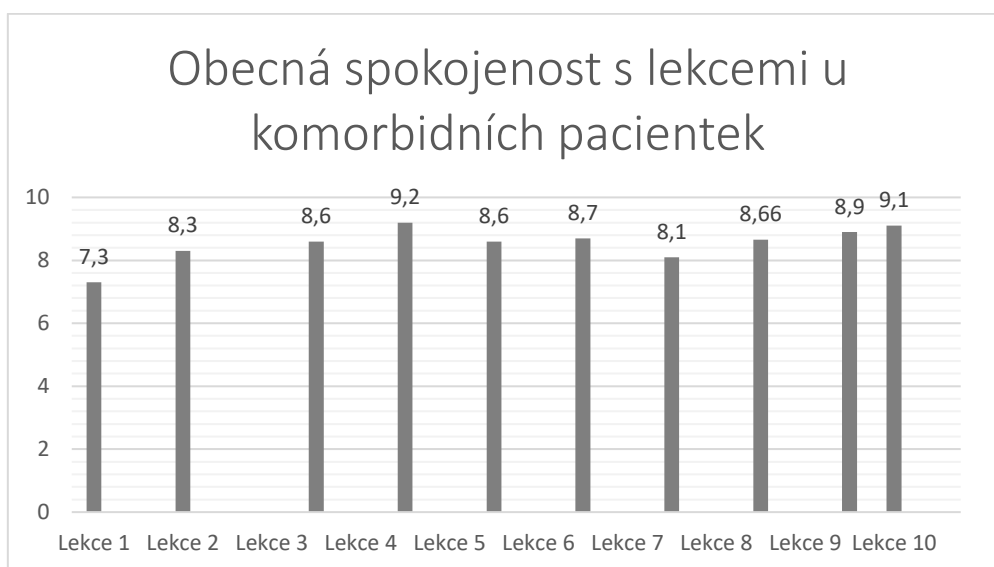
Shodná je také nižší spokojenost s některými pondělními lekce. Pacientky bývají obecně v pondělí plny zážitků z víkendu a absolvují také pravidelné ranní vážení, které silně ovlivňuje jejich náladu, postoj a motivaci k léčbě. Tento komentář opakovaně uváděly pacientky s komorbiditou při zpětné vazbě v závěru lekcí.

Z hlediska pozorování byla nejdůležitější proměnnou velikost skupiny. Pacientky opakovaně verbalizovaly **nespokojenost s velikostí skupiny** během lekcí, která se ukazuje ve vyhodnocení dotazníků v grafu č. 3. Také v rámci ohniskové skupiny

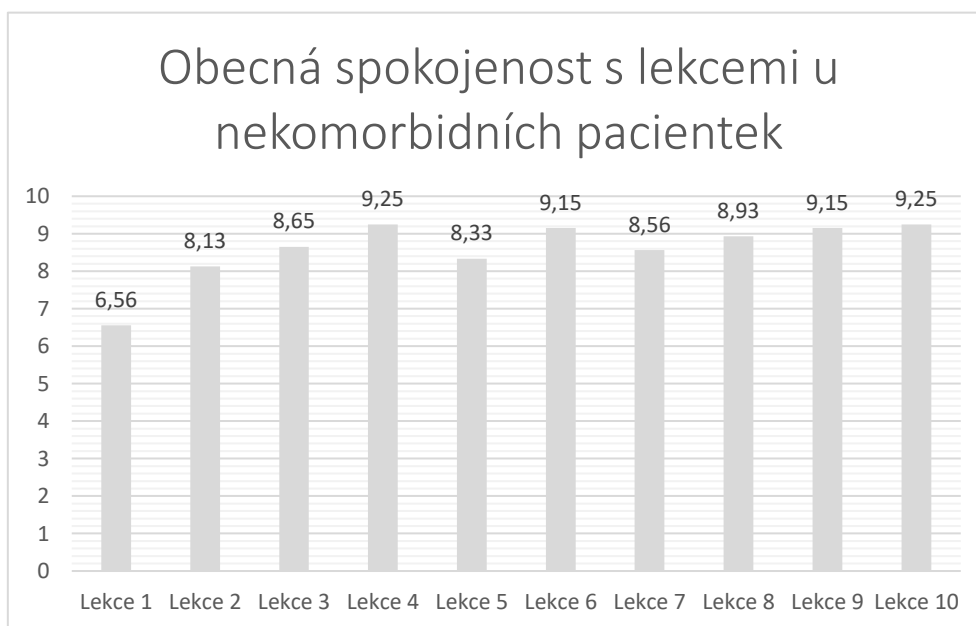
několikrát zazněl názor, že skupina byla moc velká. „*Líbila by se mi asi tak, jak jsem měly dnes dynamickou skupinu, bylo nás tuším 10.*“

V poznámkách zúčastněného pozorování se opakují stížnosti na obtížnost úloh a podněty na další rozvoj programu. Tyto skutečnosti nejsou z výsledků grafů patrné. Naopak z grafu č. 3 vyplývá vysoká spokojenost se zodpovídáním dotazů. Během lekcí ale projevují přání individuálnějšího přístupu k jejich dotazům. Kladně hodnotily obecně obě skupiny lekce zaměřené na pozitivní emoce, zdroje a zkušenosti.

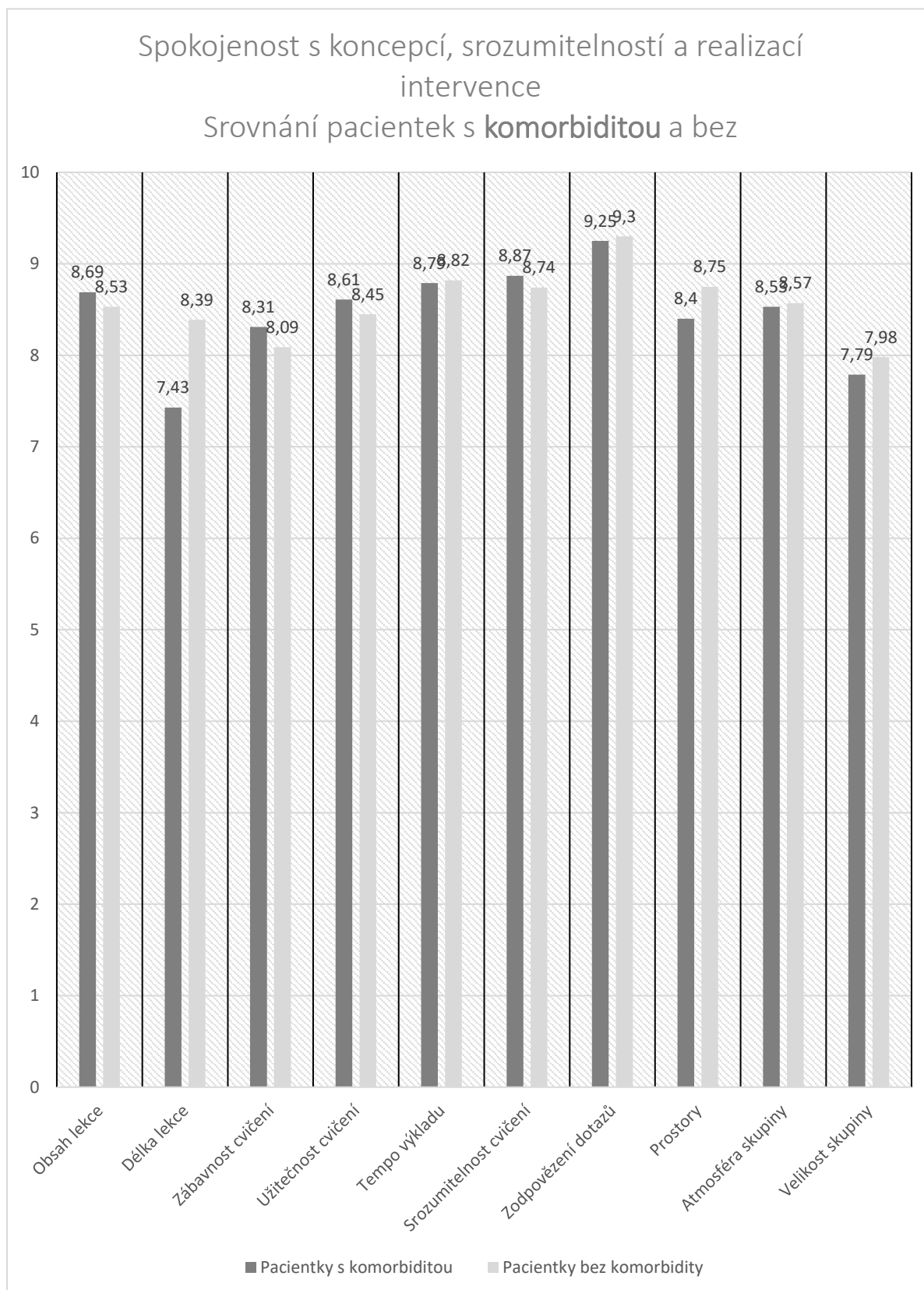
Graf č.1 - Vyhodnocení průběžných dotazníků pacientek s komorbiditou



Graf č. 2 - Vyhodnocení průběžných dotazníků pacientek bez komorbidity



Graf č. 3 – Srovnání obecné spokojenosti s koncepcí, srozumitelností a realizací intervence



6.3.1 Vyhodnocení závěrečných dotazníků

Z grafu č. 6 vyplývá **vyšší spokojenost s rozsahem a komunikací** v průběhu programu. Vyšší hodnoty se ukazují opět u pacientek s komorbiditou a jsou uvedeny v grafu č. 4. **Největší zlepšení** pozorují v porozumění emocím a jejich funkcím (8,63), dále rozpoznávání emocí v druhých (8,13) a následně v sobě (7,88). Odpovědi pacientek bez komorbidity jsou znázorněny v grafu č. 5. Hodnoty u otázek zjišťující subjektivní zlepšení jsou vyrovnané a oscilují mezi 5 a 5,67, **nejhůře hodnotí** zlepšení v rozpoznávání emocí druhých (3,5).

Spokojenost s organizací programu je patrná také z odpovědí na otevřené otázky. Pacientka s komorbiditou závislosti uvádí: „*Samé plusy- samotná existence programu. Sednout si, jak chceme, to bylo dobrý a personální vedení taky. Možná by byla lepší menší skupina, ale chápu, že to není možný. Myslím, že si v tom každý našel, co potřeboval.*“

Pacientky subjektivně hodnotí své zlepšení a prospěšnost programu v závěrečných dotaznících, jejichž vyhodnocení znázorňují grafy č. 4, 5 a 6. Z dat vyplývá, že program pacientkám pomohl ve **zlepšení sociálních a emočních dovedností**. Všechny pacientky shodně odpovídají ano na uzavřenou otázku, zda jim ke zlepšení pomohl právě CREST. Pacientky s komorbiditou vyjadřují svou spokojenost se zlepšením vyššími hodnotami ve všech otázkách, největší zlepšení pozorovaly v porozumění emocím a jejich funkcím. Překvapivě nízké hodnocení uvádí pacientky bez komorbidity u zlepšení rozpoznávání emocí druhých (3,5).

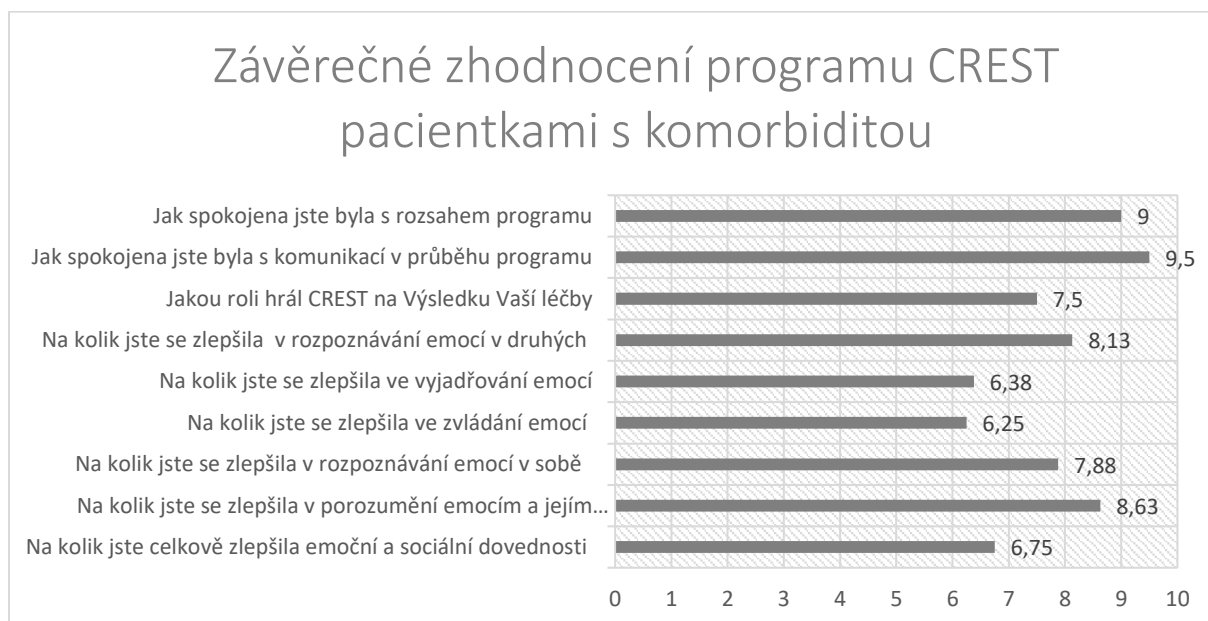
V dotaznících děkují za prostor a čas zamyslet se jiným způsobem nad svými prožitky. Jak se později u pacientek pokračujících v léčbě ukazuje, daří se jim některé dovednosti **využívat v každodenním životě**. Hospitalizovaná pacientka s komorbiditou s odstupem 10 dnů během ranní komunity vypráví příběh ilustrující využití asertivních technik. Zpětně kladně hodnotí program a také zlepšení vztahů pacientkami denního stacionáře a oddělení.

Opakovaně hospitalizované pacientky považovaly program za prospěšnější. Mluvily o možnosti podívat se na svou nemoc z jiného úhlu pohledu, pracovat s negativními myšlenkami, zkoušet nové techniky a strategie zvládnání negativních emocí.

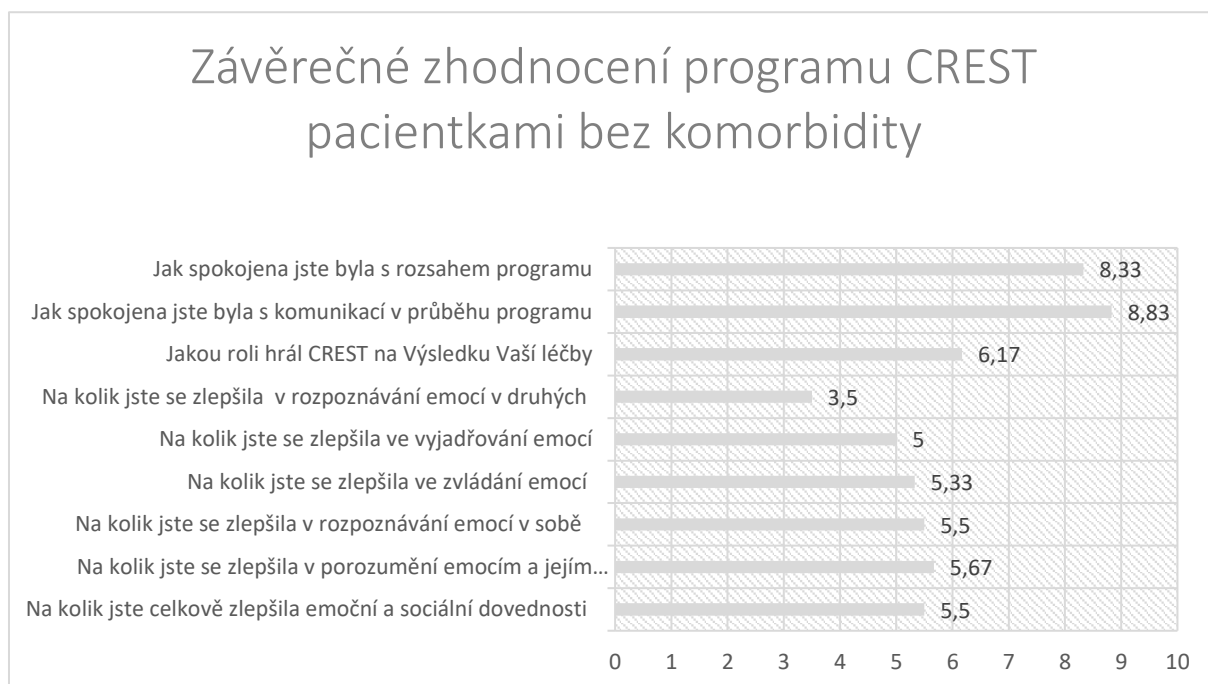
Prospěšnost programu v otevřených otázkách komentují pacientky s komorbiditou následovně: „Děkuji, pořešila jsem si dost emocí v hloubi duše, především asertivita mi dost pomáhá zvládnout stres a úzkost. Jiná pacientka uvádí: „Jsem velice spokojená. Určitě jsem se hodně naučila, zatím jsem to teda nevyužila, ale začnu se podle toho řídit a využiju toho, co jsem se naučila. Pořád si asi držím všechno v sobě, ale díky CRESTu jsem se naučila, že se s tím dá pracovat. Nechci už zakrývat svoje emoce. Děkuji moc.“

Pacientka bez závislostní komorbidity napsala ke spokojenosti a doporučením následující: „Zatím jsem neměla nějak čas přemýšlet, jestli to, co jsem se naučila, dokážu aplikovat. Ale už teď vím, že to má a bude mít na mě vliv a děkuju za to. Je mi jasné, že na to nejsou podmínky, ale jediné, co by podle mě pomohlo, je víc času.“

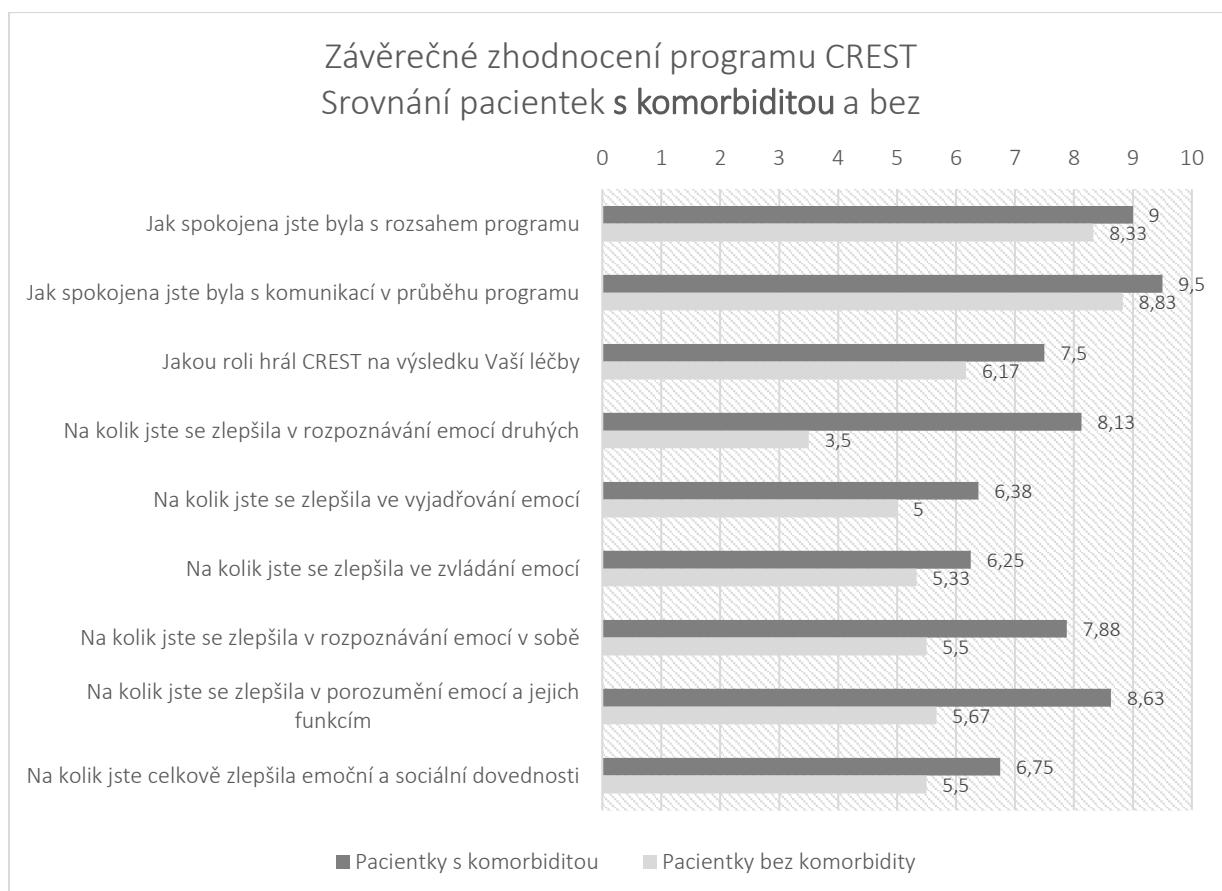
Graf č. 4 – Závěrečné hodnocení programu pacientek s komorbiditou



Graf č. 5 - Závěrečné hodnocení programu pacientek bez komorbidity



Graf č. 6 – Srovnání závěrečného zhodnocení programu CREST



6.3.2 Faktory ovlivňující realizaci z pohledu pacientek

Evaluační proces je ovlivněn mnoha vnějšími okolnostmi. Zejména u pacientek s poruchami příjmu potravy je vhodné se jimi zabývat vzhledem k nízké diferenciaci emočního ladění a snadné ovlivnitelnosti vnějšími faktory.

Pacientky jako negativní faktory nejčastěji v dotaznících uvádí **únavu a problémy se soustředěním**. Již z předvýzkumné části vyplynulo, že není vhodné, aby program probíhal v odpoledních hodinách, kdy jsou pacientky nejen objektivně kognitivně oslabené, ale velkou roli v motivaci hraje také oběd. I přesto, že z těchto důvodů program probíhal v dopoledních hodinách, byla únava z náročného terapeutického programu nejčastěji zmiňovaným faktorem právě u pacientek s komorbiditou.

Jiným faktorem, který ovlivnil jejich aktivitu a spolupráci, bylo **ranní vážení u pondělních lekcí**. Z grafu č. 1 a 2 je zřejmá nižší spokojenost s pondělními lekcemi. Z odpovědí pacientek s komorbiditou vyplývá, že při pondělním nárůstu na váze, se hůře soustředily na jednotlivá cvičení. Při ohniskové skupině uvádí také příliš dlouhou prodlevu mezi středeční a pondělní lekcí.

Pacientky z obou skupin uvádí příliš **vysoký počet lidí ve skupině**, preferovaly by menší skupiny a individuální přístup. Jako ideální si představují skupinu o 10 osobách.

Jiné okolnosti, které komorbidní pacientky věnovaly pozornost, byl **způsob osvětlení a rozsazení**. Přály si sedět na karimatkách, oproti jejich kolegyním s podvážou, které naopak preferovaly sezení na židlích.

Svou roli hrály také **rivalizující vztahy** mezi skupinou denního stacionáře a hospitalizovaných pacientek. V dotaznících uvádí, že při práci v malých skupinkách by si samy rády vybíraly, s kým budou pracovat.

Farmakoterapie také negativně ovlivňuje pacientky v jejich aktuálním výkonu. Týká se to především pacientek hospitalizovaných na oddělení, kde díky kontinuální lékařské péči dochází k úpravě medikace.

6.4 Souhrn výsledků

Záměrem evaluace byla zpětná vazba programu CREST z hlediska procesu a spokojenosti. Z analýzy dat ze závěrečných dotazníků a z ohniskové skupiny vyplynul závěr, že pacientky zlepšily své emoční a sociální dovedností a shledávají intervenci za velice prospěšnou.

Obecně hodnotí kognitivní část manuálu za méně zábavnou a užitečnou v porovnání s částí zaměřenou na emoce. Oceňují praktická cvičení a lekce zaměřené na vlastní pozitivní zdroje emocí a asertivitu. Patrná je nižší spokojenost s lekci, které probíhaly v pondělí. Přály by si pracovat v menší skupině, mít více prostoru k řešení individuálních témat a neomezovat psychoterapeutické skupiny. Nejvyšší spokojenost a subjektivní prospěšnost uvádí opakovaně hospitalizované pacientky.

Obě skupiny pacientek měly sklony k perfekcionismu a výkonu, chtěly být 100% úspěšné. Patrná byla také rigidita myšlení, zaměření na detail, s tím související neschopnost vidět větší celky, dále pak zhoršená paměť a neschopnost dělat rozhodnutí. Emoční deficity se projevovaly v inhibici averzních pocitů a celkové anhedonii. V rámci výzkumného souboru zahrnujícího pacientky se závislostní komorbiditou, byly patrné rozdíly především v chování a prožívání. Pacientky s vyšším BMI, diagnózou mentální bulimie a komorbiditou byly nejaktivnější, impulzivně reagovaly na vnější podněty, oscilovaly mezi euforií a dysforií, měly snahu emocím porozumět a zkoušet nové způsoby zvládnání. Vyšší bylo také jejich hodnocení subjektivní spokojenosti a prospěšnosti s programem. Pacientky s mentální anorexií a komorbiditou závislosti byly výrazně rigidními postoji, intenzitou a zahlceností negativními emocemi, ve kterých se cyklily a nedokázaly z nich vystoupit. U pacientek bez komorbidity, které měly ve výzkumném souboru nejnižší BMI, vystupovala do popředí depresivně apatická až anhedonická nálada.

Analýzou dat lékařské dokumentace vyplynulo, že abusus návykových látek uvádí v anamnéze čtyři pacientky výzkumného souboru. Diagnostický screening pomocí standardizovaného dotazníku AUDIT potvrdil rizikové užívání alkoholu u 8 pacientek. Během léčby si začaly dvě pacientky své problémy s alkoholem více uvědomovat, docházely na následné skupiny a využily také ambulantních služeb adiktologické kliniky.

7. Diskuze

7.1 Výsledky výzkumu a jeho limity

Hlavním limitem výzkumu byla otevřená skupina složená z pacientek hospitalizovaných a pacientek v ambulantní léčbě, jejich počet kolísal v rámci příjmů a propouštění pacientů z léčby. Navíc pacientky docházející do denního stacionáře, u kterých je ambulantní forma dostačující, vyžadují jiný přístup v léčbě. Rozdílné byly jejich kognitivní schopnosti, které ovlivňovaly motivaci a spolupráci. Dynamiku skupinového dění ovlivňovaly rozdílné postoje pacientek absolvujících první léčbu poruch příjmu potravy a pacientek opakovaně hospitalizovaných. Počáteční rivalitu obou skupin se podařilo zlepšit tematicky upravenými ranními relaxacemi s následnou společnou diskuzí a také praktickými cvičeními ve smíšených skupinkách během jednotlivých lekcí CRESTu.

Obtížné bylo z pohledu realizátorů a zpětné vazby týmu začlenit program CREST do stávajícího terapeutického programu. Vzhledem k nedostatku členů realizačního týmu, musely být po dobu trvání programu CREST omezeny dynamicky vedené psychoterapeutické skupiny. Jelikož pacientky na tuto úpravu programu opakovaně upozorňovaly, byla jim realizátorkou nad rámec programu skupina dvakrát nabídnuta. Tuto příležitost ale nevyužily.

Z výsledků našeho evaluačního výzkumu vyplynulo přání pacientek pracovat v menších skupinách a mít prostor k řešení individuálních témat. Individuální forma CRESTu by mohla zvýšit spokojenost i prospěšnost, není ale v podmínkách tohoto pracoviště realizovatelná. Výhodou skupinového formátu bylo sdílení zkušeností, učení se od ostatních a podle komentářů pacientek se také zlepšily vztahy mezi oběma rivalizujícími skupinami.

Otázkou zůstává také validita výsledků ve smyslu jejich úplnosti a komplexnosti, neboť nereprezentují všechny typy osob s poruchami příjmu potravy a komorbiditou závislosti na návykových látkách. Výzkumný soubor tvořilo 12 pacientek, z toho šest s diagnózou mentální anorexie (F50.0), dvě s diagnózou atypické mentální anorexie (F50.1), tři s mentální bulimií (F50.2) a jedna se záchvatovitým přejídáním (F50.4). U 8 pacientek screening potvrdil nadužívání alkoholu, u jedné pacientky také užívání laxativ a jiné zkušenosti s heroinem, pervitinem, marihuanou a LSD.

Skutečnost, že evaluace byla prováděna interní pracovníci a zároveň studentkou adiktologie se ukázala být výhodou pro získání důvěry účastníků, pro dobrou znalost programové teorie a v neposlední řadě pro krátké adiktologické poradenství hospitalizovaným pacientkám.

7.2 Interpretace a srovnání výsledků s již proběhlými výzkumy

V evaluačním výzkumu se u pacientek s poruchami příjmu potravy projevovaly deficity kognitivní flexibility, slabé centrální koherence, snížené schopnosti set-shiftingu a také emoční regulace, které jsou popisovány v odborné literatuře (Papežová, 2018; Tchanturia, 2012). Pacientky subjektivně shledávají intervenci za velice prospěšnou, referují o uplatňování nových strategií myšlení a zvládání negativních emocí v interpersonálních situacích každodenního života. Ze zahraničních zdrojů víme o pozitivním efektu programu na emoční a sociální dovednosti. Kolektiv Dr. Tchanturie (2015) ve výsledcích kvalitativních výzkumů uvádí, že CREST pomáhá zlepšit schopnost poznat svoje emoce a zvýšit kompetence věci měnit.

Úvodní lekce zaměřené na kognitivní deficity hodnotí pacientky sice jako méně zábavné, připravují je ale k náročnějším cvičením zaměřeným na deficity emoční regulace. Papežová (2018) popisuje zkušenosti s kognitivní remediací a uvádí, že pacienti s chronickým průběhem mentální anorexie bývají odolní vůči jakékoli psychologické intervenci. Jedním z výsledků naší evaluace je také zjištění, že vyšší subjektivní prospěšnost uváděly právě opakovaně hospitalizované pacientky. Během první léčby je primární stabilizace jídelního režimu, práce s úzkostí a motivací pacientek k léčbě. Jejich schopnost profitovat z dalšího terapeutického programu je individuální a často velmi omezená, závislá na neuropsychologických deficitech v důsledku chronického průběhu onemocnění a komorbiditách.

U všech komorbidních pacientek výsledky screeningu potvrdily abusivní alkohol. Ve srovnání s pacientkami bez komorbidit byly celkově aktivnější a emočně nestabilní. Podobně se i v praxi podle Krcha (2005) nejčastěji setkáváme se závislostí na alkoholu a mentální bulimií, jejichž mechanismy mají společnou predispozici k impulzivité, oslabení kontroly a nutkavosti. Aktivita, ale také mírně vyšší obecná spokojenost komorbidních pacientek s lekci může být ovlivněna také faktem, že v porovnání s nekomorbidními měly vyšší váhu. Podle Papežové (2018) ubývá s redukcí hmotnosti

psychických pocitů. V lekcích projevovaly větší aktivitu, více se doptávaly, zajímaly se o tematiku a byly tak do programu více zapojeny. I to může mít vliv na subjektivní spokojenost, ale i na zlepšení. Ve všech případech, které si pro dekompenzaci nálady vyžádaly terapeutickou intervenci, šlo právě o pacientky se závislostní komorbiditou. Během programu se ukazovalo, že souběžný výskyt dvou a více diagnóz u jedné osoby vývoj onemocnění komplikují (Kalina, 2008), klinický obraz poruch příjmu proměňují (Papežová, 2018) a polaritu některých diagnostických kritérií zesilují.

8. Závěr

8.1 Zhodnocení výzkumu

Tato diplomová práce se zabývá vyhodnocením implementace Kognitivní remediacce a tréninku emočních dovedností, nového způsobu léčby neuropsychologických deficitů u pacientů s poruchami příjmu potravy v České republice. O jeho pozitivním dopadu na pacienta víme z výsledků dlouholetého klinického výzkumu Dr. Kate Tchanturie a kol. (2015). Programová teorie nemohla být v podmínkách Centra pro léčbu poruch příjmu potravy VFN a 1. LF UK zcela dodržena. Na základě doporučení vyplývající z předvýzkumného šetření jsme originální program určený pro individuální práci s hospitalizovanými pacienty upravili na skupinový formát s intenzitou dvou dopoledních lekcí týdně.

Za pomoci evaluačního výzkumu jsme po dobu 5 týdnů zkoumali, jak jsou jednotlivé intervence vykonávány a jak působí na pacientky v ambulantní a režimové léčbě s poruchami příjmu potravy. Zaměřili jsme se také na podobnosti a odlišnosti pacientek s komorbiditou závislosti na návykových látkách v motivaci, aktivitě a komunikaci, jejich spokojenosti s koncepcí, srozumitelností intervence, zajímala nás také zpětná vazba k průběhu implementace a subjektivní prospěšnost programu.

Program proběhl podle plánu a zodpověděl výzkumné otázky. Splněny byly také cíle programové teorie. Stávající intervence kognitivní remediacce v léčbě poruch příjmu potravy byla doplněna o emoční dovednosti a byl vytvořen manuál vhodný k praktickému využití ve skupinové práci.

Nácvik kognitivních a emočních dovedností ve skupinovém formátu je vhodnou a prospěšnou terapeutickou intervencí pro práci s pacienty s poruchami příjmu potravy a také pro pacienty s komorbiditou užívání návykových látek.

8.2 Aplikace výsledků do praxe a doporučení pro další práci

Z programu profitovaly více pacientky opakovaně hospitalizované s vyšším BMI. Hospitalizované pacientky s nižším BMI zmiňovaly únavu a problémy s koncentrací spojenou se stabilizací jídelního režimu a náročným terapeutickým programem. Pro další uplatnění programu CREST u pacientek s poruchami příjmu potravy, doporučuji zvážit formu nadstavbového programu například ambulantní formou frakcionovaného denního stacionáře.

Hodnocení subjektivní prospěšnosti a spokojenosti s programem bylo u pacientek se závislostní komorbiditou mírně vyšší. Program CREST by mohl být vhodnou terapeutickou intervencí v léčbě závislosti. Své využití mohou najít jednotlivé lekce v individuální terapii s přihlédnutím k aktuálnímu stavu, potřebám a výkonu jednatelce. Z charakteru programu se ukazuje jako nejvhodnější prostředí komunitní léčby s uzavřenou skupinou, která je zároveň tzv. klientovým sociálním mikrosvětlem (Kalina, 2008). V bezpečném prostředí s podporou terapeuta může klient v každodenním soužití zkoušet nové techniky a sociální dovednosti, získávat nové korektivní zkušenosti.

Program je však potřeba upravit na podmínky zařízení, cílovou skupinu a věnovat dostatečnou podpůrnou péči po každé lekci. Vhodné je také zvážit počet pacientů a složení skupiny, především z hlediska komorbidních diagnóz a aktuálního zdravotního stavu.

8.3 Návrh na další výzkumy

Pro další výzkumy by bylo zajímavé zaměřit se na specifika neuropsychologických deficitů u pacientek s poruchami příjmu potravy a komorbiditou závislosti na návykových látkách, prověřit jejich zlepšení odpovídajícími standardizovanými testy před a po absolvování programu CREST. Přínosné by bylo zkoumat jen jednu skupinu pacientek s poruchami příjmu potravy a komorbiditou, pacientky hospitalizované nebo v ambulantní léčbě. Takový výzkum byl časově náročnější a mohlo by být poměrně obtížné získat reprezentativní vzorek.

9. Literatura

Adamčová, Hana (2003). *Neurologie*. Praha: Triton.

Aloi, M., Rania, M, Caroleo, M...Segura-Garcia, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry* 15 (1). doi: 10.1186/s12888-015-0395-z.

Bollinger, L. C, Bush, C., Califano, J. A.,... Wiener, M. A. (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse. Retrieved from: <https://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/food-thought-substance-abuse-and-eating-disorders>

Carlsson, C., Claesson, L. E., & Petterson, L. (1973). Psychometric signs of cerebral dysfunction in alcoholism. *British Journal of Addiction*, 68, 83–86.

Commonwealth Department of Health and Aging (2003). *Current practice in the management of clients with comorbid mental health and substance use disorders in tertiary care settings. National drug strategy and national mental health strategy*. National comorbidity project. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aging. www.health.gov.au/pubhlth.

Davies H., Fox J., Naumann U., Treasure J., Schmidt U., & Tchanturia K. (2012). Cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa: an observational study using neuropsychological outcomes. *European Eating Disorder Review*. 20 (3); p. 211-7. doi: 10.1002/erv.2170.

Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2010). Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 531–539.

Foisy, M.L., Kornreich, C., Fobe, A., ... Philippot, P. (2007). Impaired emotional facial expression recognition in alcohol dependence. Do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism – Clinical and Experimental Research*, 31, 3, 404-410.

Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portal.

Hora, O., Suchanec, M., & Žižlavský, M. (2014). *Evaluační výzkum*. Brno: Masarykova univerzita.

Hudson, J., Hiripi, E., Pope H. & Kessler, R. (2007). *The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. New York

Chládková, N. (2015). *Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek a možnosti psychoterapie*. Bakalářská práce.

Chládková, N., & Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.

Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J. a kol. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*, Praha: Grada Publishing.

Klucká, J. & Volfová, P. (2016). *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing.

Krch, D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.

Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing.

Kulišťák, P. (2008). *Některé počítačové programy pro cvičení kognitivních funkcí (tzv. počítačem asistovaný trénink)*. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/download/PhDr.Kulistak.pdf>

Lauer C. J., Gorzewski, B., Gerlinghoff, M., Backmund H., & Zihl, J. (1999). Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 33 (2): 129-138. doi: 10.1016/S0022-3956(98)00020-X.

Lužný, J. & Skopalová, B. (2013). Kognitivní remediace u mírné kognitivní poruchy. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN,14(4), 168-170.

Malia, K., & Brannagan, A. (2010). *Jak provádět trénink kognitivních funkcí, Praktická příručka pro každého*. Praha: Cerebrum.

Middleton, K., & Smith, H. (2010). *First Steps Out of Eating Disorders*. Oxford: Lion Hudson.

Miovská, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kognitivní deficity způsobené užíváním návykových látek*. In M. Preiss, & H. Kučerová, *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kvantitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.

Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum*.

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

Pearsons, O.A. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 4, 954-961.

Petrakis, I.L., Gonzales, G., Rosenheck, R., & Krystal, J.H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 26, 81-89.

Preiss, M., & Prikrylová Kučerová H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.

Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine* 37(08). doi: 10.1017/S0033291707009877.

Štastná, L. (2014). *Užívání návykových látek. Charakteristika drog, účinky, závislost, prevalence.* Dostupné z: http://www.institutps.cz/images/Soubory/Uzivani_navykovych_latek_a_rizen_Stastna.pdf

Tchanturia, K., Davies H., Schmidt U., et al. (2006). *Cognitive Remediation Flexibility Modul for Anorexia Nervosa.* Unpublished manual, Institute of Psychiatry, King's College London.

Tchanturia, K., Whitney, J. & Treasure, J. (2006). *Can cognitive remediation help to treat anorexia nervosa? Eat Weight Disorders* 11(4); p. 112-116.

Tchanturia K., Davies, H., Reeder, C., & Wykes, T. (2010). *Cognitive remediation therapy.* Dostupné z: <https://www.katetchanturia.com/publications>

Tchanturia, K. (2015). *Cognitive remediation therapy (CRT) for eating and weight disorders.* Dostupné z: <https://www.katetchanturia.com/publications>

Tchanturia, K., Davies, H., Smith, E., Genders, R. (2015). *Cognitive remediation and emotion skills training.* Dostupné z: <https://www.katetchanturia.com/publications>

Tchanturia, K., Doris E., Mountford V., & Fleming C. (2015). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC Psychiatry*. 15 (53). doi:10.1186/s12888-015-0434-9.

Tchanturia, K., Larsson, E. & Brown, A. (2016). Benefits of group cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: case series. *Neuropsychiatrie*. 30(1), 42-49 doi: 10.1007/s40211-016-0177-y.

Tomanová, J. (2015). „Zdravý“ životní styl. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lifestyle/zdrava-strava>

Stárková, L. (2005). *Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. Pediatrie pro praxi* 1, 11-15.

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 144-150.

Van den Eynde, F., Guillaume, S., Broadbent, H., Stahl, D., Campbell, I.C., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2011). Neurocognition in bulimic eating disorders: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 124(2), 120-140 doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01701.x.

WHO (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Ženeva: World Health Organisation.

Zemánková, P. (2012). *Alkoholici v léčení a sociální kognice: diagnostické využití některých skórovacích přístupů TAT*. Diplomová práce

Žuchová, S., Toutonghi, J., & Papežová, H. (2013). Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexií: první zkušenosti. *Cognitive Remediation Journal*, 1; s. 2-9.

10. Přílohy

Příloha č. 1 – Informační list a písemný souhlas



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

INFORMAČNÍ LIST PRO OSOBY ZAŘAZENÉ DO VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Vážení účastníci výzkumu,

Úvodem bych Vás ráda seznámila s obsahem výzkumného projektu, kterého můžete být součástí.

Poruchy příjmu potravy souvisí s mnoha nepříjemnými potížemi. Nejvýraznější je samozřejmě váhový úbytek nebo jeho výkyvy a s ním spojené nemalé obtíže, jak tělesné, tak i psychické. Díky tomu, že tělo nepřijímá dostatečné množství živin se mimo jiné narušují i poznávací, neboli kognitivní funkce. Oplošťuje se emoční prožívání, které ovlivňuje kvalitu Vašeho života a to především změnou myšlení, nesoustředěností a pozorností zaměřenou k vlastnímu tělu. Jídelním režimem, tréninkem těchto funkcí a další psychoterapeutickou a farmakologickou léčbou se zabývá Centrum pro poruchy příjmu potravy. Z výsledků jiných studií již víme, že některé funkce a emoce jsou narušeny více. Zároveň se ukazuje, že nácvik konkrétních dovedností je v léčbě velice nosný.

V této studii bychom rádi propojili trénink kognitivních funkcí s nácvikem emočních dovedností skupinovou formou.

Vaše účast na této studii sestává z několika částí.

V první fázi vyplníte několik dotazníků a úkolů s cílem zmapovat poznávací funkce a emoční ladění.

Ve druhé fázi se budete účastnit skupinového programu zaměřeného na nácvik kognitivních a emočních dovedností vždy pod vedením školeného terapeuta.

Setkání budou probíhat 2krát týdně na hodinu po dobu 5 týdnů v rámci léčby v Centru pro poruchy příjmu potravy.

V průběhu celého procesu je možné se dotazovat psychologa na jakékoli informace. Účast by neměla přinášet žádná známá rizika.

V případě, že souhlasíte s Vaší účastí na této studii bych Vás ráda požádala, abyste níže podepsali informovaný souhlas pro umožnění výzkumu v Centru pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty.

Získané údaje z vyplněných dotazníků budou zpracovány anonymně. Výsledky Vám budou v případě zájmu sděleny.

Průběh a Vaše práce na jednotlivých setkáních je chráněna mlčenlivostí naší jednotky a šíření mimo zařízení je nepřipustné.

INFORMOVANÝ SOUHLAS O ÚČASTI V PROJEKTU

Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v projektu s názvem " Trénink kognitivních funkcí a emočních dovedností skupinovou formou pro pacienty s poruchami příjmu potravy, pilotní ověření účinnosti v České republice."

Byl/a jsem podrobně informován/a o cílech a průběhu studie. Byla mi dostatečně objasněna možná rizika a přínos mé účasti ve studii. Měl/a jsem možnost klást otázky a všechny mé otázky byly uspokojivě a srozumitelně zodpovězeny.

Byl/a jsem srozuměn/a s tím, že veškeré informace o mé osobě budou uchovávány anonymně dle zákona o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb.

Mám právo kdykoliv svou účast ve studii ukončit a mé rozhodnutí nijak neovlivní moji budoucí lékařskou péči.

Souhlasím s tím, že informace získané z výsledků studie mohou být publikovány a používány spolu s jinými vědeckými poznatky a má totožnost bude po celou dobu chráněna.

Místo a datum.....

Jméno účastníka studie.....

Podpis účastníka studie.....

Místo a datum: v Praze 2, Ke Karlovu 11

Jména členů výzkumného týmu: Mgr. Kristýna Wohlinová, Bc. Marie Zlesáková

Podpis člena výzkumného týmu.....

Příloha č. 2 - Dotazník zjišťující užívání návykových látek posledních 30 dní před léčbou.

| Užívání drog | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Droga | Posledních 30 dní před léčbou* | Množství užití během typického dne | Způsob užití** | Věk prvního užití | Celoživotní užívání (roky) |
| Alkohol | | | | | |
| Heroin | | | | | |
| Metadon | | | | | |
| Subutex | | | | | |
| BZO | | | | | |
| Pervitin | | | | | |
| Marihuana | | | | | |
| Hašiš | | | | | |
| Těkavé látky | | | | | |
| Léky podporující hubnutí (anorektika, laxativa...) | | | | | |
| Jiné- jaké? | | | | | |

Každý den.....30
 6 dnů v týdnu.....26
 5 dnů v týdnu.....21
 4 dny v týdnu.....17
 3 dny v týdnu.....13
 2 dny v týdnu.....9
 Sedm dnů.....7
 Šest dnů.....6
 Pět dnů.....5
 Čtyři dny.....4
 Tři dny.....3
 Dva dny.....2
 Pouze jeden den....1
 Jiné číslo..... _
 Ani jednou.....0

Ústy.....1
 Nosem.....2
 Kouření.....3
 Nitrožilně.....4
 Do svalů.....5

Příloha č. 3 - Dotazník zjišťující průběžnou spokojenost pacientek

| Dotazník k lekci č. X Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností Cognitive remediation and emotion skills training – CREST | |
|---|--|
| Prosím uveďte, jak spokojen/a jste s | Hodnocení na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je nejméně a 10 nejvíce |
| Obsah lekce | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Délka lekce | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Srozumitelnost cvičení | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Zábavnost cvičení | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Užitečnost cvičení | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Velikost skupiny | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Atmosféra ve skupině | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Tempo výkladu | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Zodpovězení dotazů | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Prostory | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Co konkrétně bylo pro Vás užitečné? | |
| Co konkrétně bylo pro Vás obtížné? | |
| Uveďte prosím jiné pozitivní nebo negativní okolnosti, které Vás ovlivňovaly? | |
| Jiné připomínky a doporučení | |

Příloha č. 4 – Závěrečný dotazník zjišťující subjektivní prospěšnost a spokojenost s programem

| Dotazník spokojenosti s programem Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností Cognitive remediation and emotion skills training – CREST | |
|---|--|
| Zlepšil/-a jste během léčby emoční a sociální dovednosti? | ANO NE |
| Na kolik jste se zlepšil/-a | Hodnocení na stupnici od 0 do 10, kdy 0 je nejméně a 10 nejvíce |
| celkově? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| porozumění emocím a jejich funkcím? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| rozpoznávání emocí v sobě? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| zvládání emocí? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| vyjadřování emocí? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| rozpoznávání emocí v druhých? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Co vám během léčby nejvíce pomohlo ke zlepšení? | |
| Pomohl Vám ke zlepšení CREST? | ANO NE |
| Jakou roli hrál CREST na výsledku Vaší léčby? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Využil/a jste již v praxi některou ze strategií, nebo technik, o kterých jsme v programu mluvili? | ANO NE |
| Jak spokojen/a jste | |
| s komunikací v průběhu programu? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| s rozsahem programu? | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 – 10 |
| Co by pomohlo program zlepšit? | |
| Jiné připomínky, poznámky a doporučení | |

Příloha č. 5 - Zápis z ohniskové skupiny

Realizátor v úvodu děkuje za účast na celém programu a věnuje prostor pro nejasnosti a doplnění z minulých lekcí. Poté se dotazuje na zpětnou vazbu otázkou „co se na papír nevešlo nebo nehodilo“ a vyzývá ostatní pro hodnocení okolností. Evaluátor je nyní součástí skupiny a zapisuje si a zároveň nahrává na diktafon za souhlasu přítomných. Na otázku, jestli mají pacientky pocit, že by měl program vliv na jejich posun v léčbě odpovídá pacientka se závislostní komorbiditou jako první. Odpovědi pacientů jsou zapsány kurzívou pro snadnější rozlišení v textu. *Vnímá více svoje pocity, dokáže jim dát větší průchod. Dokáže najednou rozeznat to, že má vztek a ventiluje ho. Více se cítí, a to jí dělá dobře.*

Následně další pacientka, také s komorbiditou závislosti na alkoholu hovoří o tom, že *již dokáže odhadnout negativní emoce. Musí pracovat s apatií, nedokáže si říci o pomoc, má tendenci do sebe kumulovat negativní emoce. Byla k programu skeptická. Některý hodiny ji vůbec nebavily, ale potom v průběhu dne ji to najednou začalo pomalu docházet. Začalo to tam přicházet a jí docházelo, k čemu to asi dneska bylo. Raději by menší skupiny a také by byla radši, kdyby to bylo nad rámec zaběhlého programu, protože tohle bylo jednou v týdnu místo dynamický skupiny, a to jí štvalo. Hodně se jí ale líbily praktický příklady.*

Pacientka s mentální anorexií na skupině říká, že si uvědomila, že *emoce nemusí hodnotit. Ráda by ale taky viděla, jak takový manuál vypadá. Zajímá by ji takový manuál, z čeho čerpali psychologové. Taky by ocenila teorii a moc by se jí líbilo, kdyby na začátku prvního setkání dostala pracovní sešit a měla tak všechno hezky při sobě.*

Další pacientka s mentální anorexií a komorbiditou závislosti na alkoholu prosí, jestli by se dalo zařídit, aby mohla ze skupiny odcházet v pohodě. Někdy byla totálně rozložená, hned šla do emocí a byla v tom, a pak to nešlo nějak se z toho dostat.

Přidává se ke zpětné vazbě další pacientka s mentální anorexií a popisuje svoji prožitky při CRESTu spojené se svým zesnulým tchánem. *Díky tomu, co jsem tu prožila, jsem se s ním dokázala potom sama rozloučit. Děkuje. Ví, že se už nechce cítit špatně. Dobré bylo pozitivní myšlení a nové techniky, jak vyjadřovat emoce asertivně.*

K názoru, že skupina byla moc velká, se přidávají i ostatní. *Líbila by se mi asi tak, jak jsem měly dnes dynamickou, bylo nás 10.*

Rozporuplné názory mají pacientky k sezení na židlích nebo karimatkách. *Na karimatkách to bylo pohodlnější.....* Ozývají se i opačné názory upřednostňující sezení na židlích.

Realizátorka oslovuje ostatní pacientky, které se prozatím do diskuze nezapojily. Pacientka s mentální anorexií říká, že *na začátku to bylo moc těžké, měla jsem depku a v takovém stavu takový manuál moc nepomáhá.* Jiná pacientka vzpomíná a přidává názor, že *ji nedělalo problém objevovat negativní emoce, pak jich byla plna.*

Slovo si bere pacientka s mentální anorexií a zároveň závislostní problematikou. *Děkuje. Byla ráda za sdílení ve skupině a za to, že mohla poznat ostatní pacientky, ale nic jí to nedalo. Za pár dnů končí a neposunula se. Neumí s tím pracovat. Nedokázala se vůbec při jednotlivých lekcích soustředit, pořád jen myslela na jídlo.* V průběhu vyprávění se pacientka začíná psychicky dekompenzovat, pláče a kýve hlavou ze strany na stranu a hovoří o tom, že nic nezvládne. Její psychický stav je personálem na skupině kompenzován a pacientka je ukotvena v realitě.

Pacientka, jejíž dekompenzace se jeví jako aktuálně odklonitelná, se dotazuje na Osvědčení. *Jsem zvyklá z práce (mateřské školy) dostávat na všech aktivitách Osvědčení o absolvování.* Chtěla by ho. Ostatní pacientky se přidávají, že by se jim to líbilo také. Možnost získat certifikát vzbuzuje vlnu zájmu a obecně lepší náladu celé skupiny.